

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**La escuela de enfermería "Casa de Salud Valdecilla" (1929-2010) :
origen y evolución de la formación y percepción de los estudiantes**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

María Celia Nespral Gaztelumendi

Directora

Esperanza Rayón Valpuesta

Madrid, 2014

**LA ESCUELA DE ENFERMERÍA
«CASA DE SALUD VALDECILLA» (1929-2010):
ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA FORMACIÓN Y PERCEPCIÓN
DE LOS ESTUDIANTES**



**TESIS DOCTORAL:
MARÍA CELIA NESPRAL GAZTELUMENDI**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**





LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

“CASA DE SALUD VALDECILLA” (1929-2010):

**ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA FORMACIÓN Y PERCEPCIÓN
DE LOS ESTUDIANTES**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR

MARIA CELIA NESPRAL GAZTELUMENDI

DIRIGIDA POR:

DRA. ESPERANZA RAYÓN

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

MADRID 2013

no considero a nuestra memoria como algo que retiene una cosa por mero azar y pierde otra por casualidad, sino como una fuerza que ordena a sabiendas y excluye con juicio. Todo lo que olvida el hombre de su propia vida, en realidad ya mucho antes había estado condenado al olvido por un instinto interior. Sólo aquello que yo quiero conservar tiene derecho a ser conservado para los demás. Así que ¡hablad, recuerdos, elegid vosotros en lugar de mí y dad al menos un reflejo de mi vida antes de que se sumerja en la oscuridad!

(Stefan Zweig, El mundo de ayer. Memorias de un europeo, p. 15).

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi gratitud a todas aquellas personas, que a lo largo de estos cuatro años han contribuido con sus aportaciones, soporte y estímulo a que esta tesis doctoral sea una realidad.

A Esperanza, mi directora, por guiarme y orientarme con sus pertinentes observaciones, sugerencias y correcciones a lo largo del trabajo.

A Cristina Santamarina, porque con su generosidad, asesoramiento, apoyo y motivación ha hecho posible que este proyecto se desarrolle.

A las enfermeras y al enfermero que tan generosamente me ofrecieron su tiempo, compartieron sus vivencias y me proporcionaron la información que precisaba para llevar a cabo parte del estudio, especialmente a “La Peque”, cuyo entusiasmo fue un acicate para iniciar la tesis.

A mis compañeros del Departamento de Enfermería por sus aportaciones y apoyo, en especial a las dos profesoras que colaboraron en la realización de las primeras entrevistas.

A la administradora de la Escuela y al secretario de la dirección, así como al personal de la Biblioteca de Biociencias, por facilitarme mucha de la información, documentación y bibliografía que he utilizado.

A algunas enfermeras y otras/os profesionales con quienes he compartido logros, satisfacciones, dificultades y aprendizaje.

Finalmente, a las personas, presentes y ausentes, que con su cariño, sus palabras y sus conductas contribuyen a lo que soy y comparten mis experiencias, en especial a:

Mi madre, mi padre, mis hermanas y hermanos.

Mareva y Rocío.

Mis amigas y amigos.

¡Gracias a todos!

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	V
LISTA DE TABLAS, DE GRÁFICOS Y DE APÉNDICES	VII
RESUMEN	XIII
SUMMARY	XXVII
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 2. EL CONTEXTO HISTÓRICO Y SOCIAL A LO LARGO DEL SIGLO XX	9
2.1. EL CONTEXTO POLÍTICO Y SOCIOECONÓMICO	11
2.1.1. <i>El inicio de siglo: la Monarquía liberal (1899-1930)</i>	11
2.1.2. <i>La República democrática (1931-1939)</i>	13
2.1.3. <i>El franquismo (1936-1975)</i>	14
2.1.3.1. <i>La rebelión militar, la revolución social y la guerra civil (1936- 1939)</i>	16
2.1.3.2. <i>El nacional-sindicalismo y la construcción del nuevo estado (1939-1945)</i>	17
2.1.3.3. <i>El nacional-catolicismo, el aislamiento y la reintegración internacional (1946-1953)</i>	19
2.1.3.4. <i>La lenta salida de la autarquía y el desarrollismo económico (1954-1959)</i>	21
2.1.3.5. <i>El desarrollismo tecnocrático y la expansión económica (1959- 1969)</i>	22
2.1.3.6. <i>El tardofranquismo, la crisis y agonía del régimen (1969-1975)</i>	25
2.1.4. <i>La transición política de la dictadura a la democracia (1976-1982)</i>	27
2.1.5. <i>La consolidación de la democracia (1983 al momento actual)</i>	29
2.2. LA POLÍTICA EDUCATIVA	30
2.3. LA POLÍTICA SANITARIA	34
CAPÍTULO 3. “EL SIGLO DE LAS MUJERES”: LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS IDENTIDADES FEMENINAS	39
3.2. TIEMPO DE EXPECTATIVAS (1931-1936)	44
3.3. TIEMPO DE GUERRA Y SUBSISTENCIA (1936-1939)	46
3.4. TIEMPO DE SILENCIO (1939-1975)	49
3.4.1. <i>Cocina, Iglesia y niños (hasta 1949)</i>	49

3.4.2. Malestar, fracturas y contradicciones (hasta 1959)	53
3.4.3. Cambios, reivindicaciones y permanencia (hasta 1975)	54
3.5. TIEMPO DE RUPTURA Y VISIBILIDAD (1976-1999)	57
3.6. FRONTERAS, RETOS Y CONFLICTOS EN EL SIGLO XXI	60
 CAPÍTULO 4. LA ENFERMERÍA: FORMACIÓN Y PROFESIÓN	65
4.1. LOS ANTECEDENTES	67
4.2. EL INICIO DE LA FORMACIÓN Y DE LA PROFESIÓN	69
4.2.1. La formación en Europa	73
4.2.2. La formación en Canadá y Estados Unidos	74
4.3. LA FORMACIÓN Y LA PROFESIÓN EN ESPAÑA	75
4.3.1. Los antecedentes	75
4.3.2. El nacimiento de la Enfermería	79
4.3.3. Las primeras Escuelas de Enfermería	80
4.3.4. El inicio de la profesionalización en España (1930-1940)	84
4.3.5. La formación y la profesión en tres titulaciones (1940- 1949)	86
4.3.6. La titulación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) (1950-1976)	87
4.3.7. La etapa universitaria y la Diplomatura en Enfermería (1977-1990)	92
4.3.8. La consolidación de la Enfermería en la Universidad y el nuevo Plan de Estudios de Diplomado (1990-2004)	96
4.3.9. El desarrollo disciplinar pleno: Grado, Posgrado y Doctorado.	99
 CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	103
5.1. LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	105
5.2. LOS OBJETIVOS	105
5.3. EL DISEÑO Y EL TIPO DE ESTUDIO	106
5.4. MATERIALES, PARTICIPANTES Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN	107
5.4.1. La historia de la Escuela	107
5.4.2. Los Manuales para la formación	110
5.4.3. Los discursos del alumnado	111
5.4.3.1. Las entrevistas a alumnas de la primera promoción	111
5.4.3.2. Los grupos triangulares con estudiantes de otras promociones	112
5.5. EL ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS	114
5.6. EL RIGOR METODOLÓGICO	115
5.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	115

CAPITULO 6. RESULTADOS DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA “CASA DE SALUD VALDECILLA”	117
6.1. EL PROYECTO DE LA “CASA DE SALUD VALDECILLA”	120
6.1.1. <i>Los orígenes</i>	120
6.1.2. <i>Los años difíciles (1930-1968)</i>	125
6.1.3. <i>La Fundación Pública de Servicios Hospitalarios y Asistenciales Marqués de Valdecilla (1969-2010)</i>	131
6.2. LA FORMACIÓN ENFERMERA EN LA ESCUELA DE LA “CASA DE SALUD VALDECILLA”	137
6.2.1. <i>La Enfermería vocacional: el título de Enfermera (1929-1954)</i>	137
6.2.2. <i>La Enfermería técnica: el título de Ayudante Técnico Sanitario (1954-1979)</i>	162
6.2.3. <i>La Enfermería profesional: la Diplomatura en Enfermería (1980-2010)</i>	180
6.2.3.1. <i>El primer plan de estudios y la incorporación a la Universidad (1980-2001)</i>	180
6.2.3.2. <i>El segundo plan de estudios y la consolidación en la Universidad (1999-2010)</i>	195
6.2.4. <i>La Enfermería del futuro: los estudios de Grado, Postgrado y Doctorado</i>	206
 CAPÍTULO 7. RESULTADOS DE LOS MANUALES DE USANDIZAGA PARA LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS	 209
7.1. LOS MANUALES DE LA ENFERMERA.	212
7.1.1. <i>Las características y las portadas de los libros</i>	212
7.1.2. <i>La presentación.</i>	213
7.1.3. <i>Los prólogos</i>	214
7.1.4. <i>El índice, las materias, los temas y los autores</i>	216
7.1.5. <i>Los apéndices</i>	221
7.1.6. <i>Los contenidos</i>	222
7.1.6.1. <i>La Enfermera</i>	222
7.1.6.2. <i>Anatomía y Fisiología</i>	225
7.1.6.3. <i>Patología</i>	226
7.1.6.4. <i>Técnica del Cuidado de los Enfermos</i>	227
7.2. LOS MANUALES DE LA ENFERMERA Y DEL PRACTICANTE	237
7.2.1. <i>Las características y las portadas de los libros</i>	237
7.2.2. <i>La presentación</i>	238
7.2.3. <i>Los prólogos</i>	238
7.2.4. <i>El índice, las materias, los temas y los autores</i>	239
7.2.5. <i>Los contenidos</i>	244

CAPÍTULO 8. RESULTADOS DE LOS DISCURSOS EXPERIENCIALES: DE LA VOCACIÓN A LA PROFESIÓN	253
8.1. ¿A QUIÉN LE HABLAN?	255
8.2. ¿QUIENES HABLAN?	259
8.2.1. <i>En las entrevistas con las tres alumnas de la primera promoción</i>	259
8.2.2. <i>En los tres grupos triangulares con alumnas/o de tres promociones</i>	269
8.3. ¿DE QUÉ HABLAN?	271
8.3.1. <i>Las normas, la organización y la disciplina</i>	272
8.3.2. <i>La formación teórica</i>	280
8.3.3. <i>La formación práctica</i>	282
8.3.4. <i>Las relaciones</i>	290
8.3.5. <i>La trayectoria y experiencia profesional</i>	296
8.3.6. <i>El presente y el futuro de la Enfermería</i>	298
8.3.7. <i>Las connotaciones de género en la Enfermería</i>	302
8.4. ¿CÓMO HABLAN?	304
8.5. REFLEXIONES SOBRE LAS EXPERIENCIAS	309
 CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	 315
 CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES	 327
 BIBLIOGRAFÍA	 333
 APÉNDICES	 361

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Resumen de la documentación a consultar.....	110
TABLA 2. Asignaturas impartidas en el Plan de Estudios de ATS.....	164
TABLA 3. Asignaturas impartidas en el Plan de Estudios de Diplomado.....	182
TABLA 4. Organización de la actividad docente de la diplomatura.....	183
TABLA 5. Asignaturas impartidas en el segundo Plan de Estudios de Diplomado.....	196
TABLA 6. Organización de la actividad docente en el segundo plan de estudios de la diplomatura.....	199
TABLA 7. Resumen de las seis ediciones del Manual de la Enfermera.....	236
TABLA 8. Resumen de las tres ediciones del Manual de la Enfermera y del Practicante.....	249
TABLA 9. Comparación entre la última edición del Manual de la Enfermera y la primera del Manual de la Enfermera y del Practicante.....	251

LISTA DE GRÁFICOS

FIGURA 1. Rendimiento de las alumnas de la titulación de Enfermera.....	161
FIGURA 2. Rendimiento del alumnado de la titulación de ATS.....	179
FIGURA 3. Rendimiento global del alumnado.....	205

LISTA DE APÉNDICES

APÉNDICE I. Acrónimos.....	363
APÉNDICE II. Contenidos de las entrevistas.....	366
APÉNDICE III. Categorización.....	367

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La Escuela de Enfermería se crea en 1929, en el seno de la “Casa de Salud Valdecilla”, constituyendo un elemento fundamental del proyecto y una de las estructuras de la función docente que pretendía desarrollar.

En ese momento el país estaba experimentando un intenso desarrollo económico, sociocultural y demográfico que incrementaba las expectativas de todo tipo: se elevaba el nivel educativo de la población; las mujeres comenzaban a acceder a la universidad y a la actividad laboral; los campesinos se modernizaban o abandonaban el campo; las clases medias se expandían y buscaban nuevas fórmulas políticas; las empresas aumentaban; los obreros se organizaban en grandes sindicatos y los empresarios en uniones económicas (Moradiellos, 2000; Payne, 2008; Valdeón Baruque, Pérez, & Juliá Díaz, 2006).

La asistencia sanitaria era muy deficiente. La atención en los hospitales estaba en manos de las órdenes religiosas y eran las monjas que no solían ser enfermeras u otro personal sin la adecuada cualificación quienes cuidaban a los enfermos. Las mujeres seglares que ejecutaban tareas de cuidados y de mantenimiento del orden y la limpieza, estaban bajo las órdenes de monjas y médicos, solían ser analfabetas y engrosaban las filas de los oficios más humildes y peor valorados, siendo consideradas sirvientas (Álvarez Nebreda, 1994; Domínguez, 1986; Hernández Martín, Moreno Roy, & Pinar García, 1996; Siles, 1999).

La situación de la profesión en nuestro entorno era muy diferente; en algunos países ya se habían iniciado proyectos y modelos de formación desde la segunda mitad del siglo XIX. Entre ellos destacaron las iniciativas de Florence Nightingale, quien había organizado una profesión femenina, jerarquizada, disciplinada y exigente y fundado, en 1860, una Escuela en el Hospital de Sto. Tomás, en la que enfermeras de formación superior impartían una educación programada y sistemática, teórica y práctica (Domínguez, 1986; Hernández Martín et al., 1996).

El carácter vocacional religioso, la existencia de una heterogénea red de profesionales y semiprofesionales y el deficiente desarrollo de la asistencia sanitaria y de la salud pública junto a la vinculación del cuidado al rol biológico femenino y la baja consideración social de las mujeres tuvieron, sin duda, una gran influencia en el retraso de la profesionalización enfermera en nuestro país (Siles, 1999; Zapico & Adrián, 2008).

Hasta 1915 no se produce en España la primera regulación de la formación enfermera, pero se limita a autorizar el ejercicio de la profesión a quienes acrediten, mediante una prueba teórico-práctica, los conocimientos de un programa de 70 temas. Esta normativa da cobertura legal a la profesión pero deberán pasar muchos años para que se sistematice y regule la actividad de cuidar (Álvarez Nebreda, 2002; Bernabeu Mestre, J., Gascón Pérez, E., 1999).

Hubo, sin embargo, algún proyecto anterior que intentó cambiar esta situación, como el de Concepción Arenal que, en 1870, había propuesto unificar la profesión en un solo título que

se obtendría tras superar tres cursos en una Escuela de Enfermería o, el del cirujano Federico Rubio y Galí, que llevó a cabo el primer intento de dotarla de formación e identidad creando, en 1896, la Escuela de Santa Isabel de Hungría, inspirada en el modelo Nightingale. Esta escuela desaparecerá durante la Guerra Civil (Hernández Martín, Pinar García, & Moreno Roy, 1996/97; Sellán Soto, 2010; Siles, 1999; Vázquez de Quevedo, 2005).

Tras la regulación de 1915 surgen más escuelas de formación. Las primeras - Mancomunitat de Cataluña y Santa Madrona - se establecen en Barcelona, en 1917, en el seno de organizaciones profeministas y católicas que tratan de promocionar a las mujeres, facilitándoles una salida profesional digna y reconocida, en tareas afines a las del medio familiar que no rompan con los roles tradicionales que la sociedad les tiene asignados. La primera cesará en el transcurso de la Guerra Civil y, la segunda, en 2009 (Domínguez, 1986; Siles, 1999; Valls, 2007).

También la Cruz Roja comienza a impartir en 1918 y 1919, en Madrid y Barcelona, los Cursos de Enfermeras Profesionales, aunque los estudios no tendrán reconocimiento oficial hasta 1954 (Herrera Rodríguez, 1996/ 1997; Pulido Mendoza, Hernández Conesa, & Beneit Montesinos, 2011; Sellán Soto, 2010; Siles, 1999; Sobrido Prieto, González Guitián, & Pichel Guerrero, 2008).

Esta fase inicial de desarrollo formativo y profesional en España tendrá dos diferencias fundamentales respecto al modelo Nightingale. En la mayoría de los países la profesión fue fundamentalmente femenina y estuvo liderada y protagonizada por las enfermeras mientras que en España hubo también practicantes que solían ser varones y la organizaron las órdenes religiosas y la profesión médica (Domínguez, 1986).

Este es el contexto en el que surge la Escuela de la “Casa de Salud Valdecilla” cuyo inicio, configuración y desarrollo justifican esta investigación. En primer lugar porque es la Escuela de Enfermería más antigua y de más larga trayectoria del país que incorpora el modelo anglosajón y cuyo extenso e ininterrumpido recorrido, junto a las características de la formación impartida en ella, han tenido un gran impacto en la formación enfermera y en el desarrollo de la disciplina en España. Su estudio, por otra parte, proporciona información sobre la evolución de la profesión, la sociedad española y la situación de las mujeres. Finalmente, apenas existen sobre ella investigaciones y publicaciones documentadas, salvo las realizadas por Fernando Salmón (1986, 1990, 2004) sobre los orígenes y antecedentes de la “Casa de Salud Valdecilla”.

METODOLOGÍA

Objetivos

A través de este estudio se pretende analizar la configuración, evolución y desarrollo de la organización de la Escuela de Enfermería de la “Casa de Salud Valdecilla” y de la formación impartida en ella entre 1929 y 2010. Específicamente:

1. Analizar los intereses y motivaciones que justificaron el inicio de la Escuela.
2. Reconstruir los elementos organizativos y docentes que caracterizaron la formación en la Escuela durante este período.
3. Examinar el modo en que se han ido manifestando, en la formación y en la organización de la Escuela, los cambios producidos en la sociedad y en la situación de la mujer.

4. Desentrañar la experiencia de formarse en la Escuela a lo largo del tiempo, a través de las narraciones de las/os estudiantes.

Diseño:

El estudio, para el que se utilizó metodología cualitativa y técnicas historiográficas, consta de tres etapas:

1. Análisis documental de la trayectoria organizativa y docente de la Escuela entre 1929 y final de 2010, último en el que se accede a la Diplomatura. Para esta revisión histórica se recurrió a documentos originales y registros así como a bibliografía, publicaciones periódicas, textos legales y material gráfico obtenido en el archivo de la Escuela y de la Fundación Valdecilla así como en las Bibliotecas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Menéndez Pelayo y Municipal.
2. Análisis documental de los contenidos y características de los nueve Manuales que Manuel Usandizaga publicó para la formación de las alumnas. Los seis primeros, denominados de la Enfermera, fueron publicados entre 1934 y 1952; los tres últimos – de la Enfermera y del Practicante – se publicaron entre 1958 y 1970.
3. Estudio cualitativo con diseño fenomenológico de las transcripciones de entrevistas realizadas a tres alumnas de la primera promoción que habían realizado sus estudios entre 1930 y 1932 y de tres grupos triangulares en los que participaron ocho alumnas y un alumno de diferentes promociones, entre 1961 y 2001 (Conde, 1993; Conde, 2008; Schutz & Brodersen, 2003; Taylor & Bogdan, 1992; Zichi & Omery, 2003).

Las tres entrevistas a las alumnas formadas como Enfermeras habían sido realizadas en diciembre de 2004 y enero de 2005, porque dada su avanzada edad – 102, 99 y 91 años - era importante disponer de sus testimonios. En el mes de marzo de 2008 volvió a repetirse a la más joven. Todas se efectuaron en sus casas, fueron grabadas en vídeo, las primeras, y, en audio, la última y transcritas literalmente por la investigadora

Los grupos triangulares se realizaron en febrero y marzo 2010. Los dos primeros estaban compuestos por alumnas de diferentes promociones de Ayudante Técnico Sanitario y, el tercero, por dos alumnas y un alumno de los dos planes de estudio de Diplomado en Enfermería que se impartieron en la Escuela. Todos los grupos fueron realizados en una sala de juntas de la Escuela, grabados en audio y los discursos transcritos literalmente por transcripores profesionales.

Análisis de las entrevistas

Para el análisis se siguió el enfoque de Análisis en Progreso (Taylor y Bodgan, 1992) que implica tres fases diferenciadas: descubrimiento, codificación y relativización; sin que esta secuencia suponga perder la perspectiva circular y dinámica de este tipo de análisis:

- La fase de descubrimiento fue previa a las entrevistas. Consistió en la identificación de las cuestiones que llevaron a definir los temas a tratar y a establecer el guion de las entrevistas.
- La segunda fase se realizó tras la transcripción. Supuso la lectura repetida y cuidadosa de la producción discursiva, para seleccionar las ideas y temas emergentes con las

que ir construyendo listas y tipologías y desarrollando conceptos que iluminaban las experiencias descritas. Así se fueron reuniendo y organizando los datos en categorías y subcategorías.

- En la tercera fase se buscaron los significados de los discursos y se interpretaron mediante el contraste y la diferenciación de lo que se dijo y del cómo se dijo.

La tesis incluye tres capítulos más en los que se explora y describe el contexto sociopolítico y económico de la sociedad española a lo largo del período en que se desarrolla la Escuela. El primero se refiere a la historia política y social, con dos apartados sobre las políticas sanitarias y educativas. En el segundo se analiza la evolución de la situación de la mujer y, el tercero, trata sobre los antecedentes y el proceso de profesionalización de la Enfermería.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Escuela fue una de las estructuras que focalizó la función docente de la “Casa de Salud Valdecilla” que no debía quedar limitada a los médicos, sino que debía formar, también, enfermeras. Así lo dispuso el Marqués de Valdecilla en los Estatutos de la Fundación Valdecilla, en los que se estipulaba que en ella tendría que funcionar una Escuela de Enfermeras.

El proyecto de construcción y organización del hospital había comenzado a gestarse en 1918, pero fue interrumpido poco después por falta de recursos económicos y de interés por llevarlo a buen fin. Será retomado y modificado en 1927, a iniciativa y con el apoyo económico del Marqués (Salmón Muñiz, García Ballester, & Arrizabalaga, 1990).

La “Casa de Salud Valdecilla” se inauguró en agosto de 1929 y constituyó una novedad en el panorama hospitalario español de la época ya que iba a desempeñar funciones tanto asistenciales como docentes, investigadoras y de asistencia social. También lo fue en cuanto su organización funcional y administrativa (Salmón Muñiz, 2004).

Uno de los aspectos organizativos que más rompió con el funcionamiento de los hospitales de la época fue que la responsabilidad, tanto del cuidado de los enfermos como de la formación de las alumnas, iba a recaer sobre enfermeras laicas diplomadas y experimentadas, en lugar de sobre una comunidad religiosa. Tres de ellas ocuparían los puestos de Inspectora de Enfermeras; Jefa de Acción Social y Jefa de Enfermeras y diez más serían contratadas para los servicios del hospital.

El primer director, Wenceslao López Albo, sabía que el hospital que él pretendía organizar requería de un personal de enfermería sólidamente formado y competente en los cuidados del enfermo y que, para conseguirlas, debían formarse en el mismo hospital, siguiendo el modelo Nightingale que él conocía y admirada y que se había convertido en el paradigma de la enfermería profesional en todo el mundo (Salmón Muñiz, García Ballester, & Arrizabalaga, 1990). Para organizar la Escuela nombra a Manuel Usandizaga, Jefe de Ginecología y de los Servicios Sociales, y a M^{ra} Teresa Junquera, Jefa de Enfermeras, como Director y Subdirectora, pensionando a ambos para que conozcan el funcionamiento de Escuelas extranjeras.

Junquera enunciaba entonces las tres condiciones que, según el modelo Nightingale, debían reunir las Escuelas:

formar parte de un hospital, para que las enfermeras pudieran adquirir experiencia profesional; ser un internado, puesto que sólo así se consigue inculcar en las alumnas la disciplina y la alta educación moral que la profesión requiere; y por último, la estancia en ella debe ser prolongada para que la formación de la enfermera sea perfecta (Junquera, 1929).

Afirmaba Junquera (1929) que las normas establecidas por Nightingale continuaban siendo la base de la educación de las enfermeras en el mundo entero y concretaba sus características que eran las que pretendía aplicar en la Escuela: formación previa de bachiller o equivalente; período de prueba de tres meses; internado regido por estrictas normas disciplinarias; tres años de formación, la teórica con un programa de todas las materias médicas aplicadas a los cuidados así como prácticas de laboratorio y moral profesional y, la práctica, desarrollada en todos los servicios del hospital, bajo la dirección de enfermeras, y supeditada a los requerimientos de personal del hospital. Así mismo, habría un cuarto curso de especialización en sanidad pública, visitadoras escolares, servicio social e industrial, instructoras en escuelas de enfermeras y anestesiadoras.

La organización de la Escuela comienza de inmediato y será reconocida oficialmente el 20 de junio de 1932.

El día 10 de noviembre de 1929 se aprueban los Estatutos fundacionales de la “Casa de Salud Valdecilla” y, los días 19 y 20, aparece en la prensa local y nacional la convocatoria del concurso para las plazas de las alumnas. Las primeras comienzan a incorporarse el 27 de enero de 1930 y, hasta el 20 de mayo, no se conseguirá la cifra de cincuenta prevista para la primera promoción.

Muy pronto, sin embargo, comienzan a surgir dificultades en el desarrollo del proyecto de la “Casa de Salud Valdecilla”. Una de las causas fue el rechazo que el protagonismo y liderazgo de las enfermeras seglares provocó en el colectivo médico y en la sociedad de Santander. Otras tuvieron que ver con los diferentes criterios que sobre la gestión y organización del hospital tenían sus dirigentes, el Patronato de la Fundación y los Marqueses, en especial la Marquesa, y la sociedad santanderina (Izquierdo Rojo, 1999; Salmón Muñiz & García Ballester, 1986; Salmón Muñiz et al., 1990).

En consecuencia, entre diciembre de 1929 y mayo de 1930, comienzan a dimitir las enfermeras que dirigían los servicios sociales y de enfermería y la Escuela y van disminuyendo el resto; de modo que quedan solamente nueve a finales de 1930. Serán diez y seis a finales de 1932, de las que trece son alumnas de la primera promoción. Este déficit de enfermeras se mantendrá durante muchos años: en 1967 habrá en la “Casa de Salud Valdecilla” treinta y cinco enfermeras, de las que once son especialistas de Rayos, Quirófano y Laboratorio.

La escasez de enfermeras junto a la incorporación, en junio de 1930, de la comunidad religiosa de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul supondrá un cambio organizativo trascendente, ya que se harán cargo de la administración y de todos los servicios no médicos, incluida la Escuela, a pesar de que muy pocas eran enfermeras.

El desarrollo del proyecto de la Escuela.

De este modo, al poco de iniciarse la “Casa de Salud Valdecilla”, se reorientó su organización hacia un modelo más tradicional en el que se priorizaron los elementos indispensables para su funcionamiento, siendo uno de los fundamentales conseguir, con poco coste económi-

co, un gran número de alumnas-enfermeras que pudieran responder a las necesidades de los servicios médicos.

La formación de las alumnas quedó así supeditada a las necesidades de personal para el hospital y constó de dos ingredientes básicos: disciplina y experiencia práctica.

Los requisitos de acceso:

Durante los primeros años no pudo cumplirse el requisito de que las aspirantes a alumnas tuvieran una formación equivalente al bachiller, lo impidió el bajo nivel educativo de las mujeres que estaban dispuestas a hacerse enfermeras. De modo que la exigencia se limitó a saber leer, escribir y contar; tener buena salud, aspecto y modales así como una conducta adecuada que debía ser acreditada por un sacerdote. Esta acreditación y recomendación continuó requiriéndose hasta el final de la impartición de la titulación de Ayudante Técnico Sanitario.

A partir de 1939 comenzará a ser obligatorio el Bachiller y un examen Preliminar. Este examen de ingreso será regulado legalmente en 1941 así como el requisito de tres años de Bachiller. A partir de 1955, en el plan de estudios de Ayudante Técnico Sanitario, el Bachiller será obligatorio en todo el país y, en la Escuela, irá aumentando progresivamente el número de alumnas que acceden con el Superior.

El internado de tres años y la disciplina:

Los componentes organizativos y disciplinarios del proyecto, impregnados de elementos religiosos que no estaban presentes al comienzo, serán los que más se desplegarán en la Escuela y permanecerán con pocas variaciones durante más de cuarenta años.

Las alumnas estuvieron sometidas a una férrea disciplina, casi militar, apoyada en rígidas normas que regulaban toda su conducta, tanto en los Servicios asistenciales como en la Residencia y en el recinto del Hospital y cuyo cumplimiento era firmemente controlado por las monjas.

Aún los Reglamentos de la década de los sesenta ordenaban todos los aspectos de su vida, desde los horarios - para levantarse, comer, ir a las prácticas, salir, recrearse o acostarse - y la conducta - en el trabajo, en el comedor, en la residencia o con las visitas -, hasta la apariencia - de uniforme o de calle - y la higiene personal y de la habitación. También se especifica en ellos que se evaluarían sus cualidades de bondad, abnegación, obediencia, rectitud o inteligencia y que perderían el curso si interrumpían su actividad durante un mes por un problema de salud o, quince días, por motivos familiares. Hasta la década siguiente no comenzarán a flexibilizarse ligeramente los horarios de entrada y de dormir y se permitirá a las alumnas que pasen alguna noche con sus padres. Continuará siendo obligatorio un acto religioso a la semana: la misa del sábado, a las 22,30.

Es probable que la dureza del internado junto a la baja consideración que de la profesión enfermera tenía la sociedad de la época y la deficiente educación de las mujeres españolas influyera en la dificultad que tuvo la Escuela en los primeros años para conseguir alumnas.

También las tuvo para mantenerlas. De 1.102 aspirantes a Enfermeras entre 1930 y 1955, sólo 633 obtendrán el título. Unas abandonaban por problemas de salud, falta de capacidad física para el duro trabajo, imposibilidad de soportar la disciplina u otros motivos personales o familiares. Otras eran expulsadas porque sus actitudes, aptitudes, carácter o conducta no respondían a lo que se pretendía de ellas. También hubo, durante la Guerra Civil y la inmediata postguerra, desertiones, depuraciones, expulsiones y detenciones.

Durante el plan de estudios de Ayudante Técnico Sanitario que se impartirá durante 26 años, continuará habiendo abandonos y expulsiones, pero disminuirá progresivamente su número. Las solicitudes también fueron en aumento, llegando a ser más de mil en el último curso 1977/1978.

El trabajo práctico:

La formación durante el primer año se limitó a la práctica que se desarrolló bajo durísimas condiciones, condiciones que se mantuvieron durante más de cuarenta años.

Las alumnas realizaban un trabajo agotador y prolongado: todos los días, durante muchas horas y a lo largo de todo el año. Recaía sobre ellas gran parte de la actividad del hospital, puesto que se ocupaban no sólo de cubrir las necesidades básicas de los enfermos sino de múltiples tareas auxiliares imprescindibles para su funcionamiento y para las que no existía otro personal.

Además, como su formación práctica sólo en los primeros meses estuvo tutelada por enfermeras profesionales, aprendían emulando a sus compañeras de los cursos superiores, repitiendo y ensayando. Se convertían así en hábiles ejecutoras de cuidados y técnicas, con gran capacidad de afrontar y resolver problemas, responsables, disciplinadas y dóciles, al servicio de las necesidades e intereses del colectivo médico y del hospital.

Fueron, sin duda, la firmeza de la disciplina y la amplia experiencia práctica los ingredientes fundamentales del prestigio y pervivencia de la Escuela: imprimía un “sello” que certificaba a quien conseguía obtener el título que estaba dotada de cualidades que cumplían las mayores expectativas y exigencias.

El programa teórico:

Tampoco la formación teórica respondió a los propósitos de Junquera y Usandizaga. Durante el primer año las alumnas no tuvieron programa de estudios, ni libros de texto y las clases no empezaron hasta el segundo curso.

A pesar de ello y de que las alumnas de las promociones de Enfermera y de Ayudante Técnico Sanitario manifiestan que la formación fue escasa, siempre fue mucho más amplia que la exigida en las sucesivas regulaciones legislativas. Prueba de ello lo constituyen las nueve ediciones de los Manuales de Usandizaga, desde el primero que, publicado en 1934, contenía 104 temas frente a las 34 lecciones del Programa Oficial de la Profesión Enfermera, de 1932, y lo mismo siguió ocurriendo en el resto de las ediciones.

Estos Manuales, de la Enfermera, y de la Enfermera y del Practicante, fueron los libros de texto para las alumnas durante más de cuarenta años. Las sucesivas ediciones serán revisadas, corregidas y adaptadas a las nuevas necesidades de formación y a la regulación de la educación enfermera de 1941. Las tres últimas responderán al nuevo plan de estudios de Ayudante Técnico Sanitario.

Los textos ofrecen una valiosa información tanto sobre los conocimientos que adquirirían las alumnas como de las normas y valores que impregnaban la formación y, así mismo, sobre el papel y el estatus que se asignaba a los profesionales en cada momento histórico.

La especialización.

La especialización que proponía Junquera nunca llegó a ser una realidad. Durante el plan de estudios de Enfermera se inició solamente la especialidad de Laboratorio, en el curso 1933/1934, que continuó impartándose hasta 1971, aunque sin reconocimiento oficial para el título de ATS.

Durante el plan de estudios de Ayudante Técnico Sanitario se impartirán Asistencia Obstétrica-Matrona; Fisioterapia; Radiología y Electrología; Quirófano, sin reconocimiento oficial, y Psiquiatría, de la que no existe constancia de ningún titulado.

En el plan de estudios de la Diplomatura se desarrollará solamente la de Asistencia Obstétrica-Ginecológica (Matrona), desde el curso 2006/2007.

La identidad profesional

El alumnado entrevistado hace referencia a muchos componentes de la identidad profesional, al papel que desempeñan los profesionales y a su evolución que, sin duda, está condicionada por el contexto social en el que viven y por sus expectativas de futuro.

Son las alumnas formadas como Enfermeras las que muestran una mayor autoestima y una más definida identidad profesional y, los dos grupos más jóvenes, los que manifiestan una mayor preocupación por este aspecto. Sin embargo, la percepción difiere entre sus componentes, existiendo mucha más unanimidad en el grupo más reciente que contempla la profesión desde una perspectiva más amplia, multidimensional y compleja, pero cuyo desarrollo es incierto y está sin dilucidar y por transmitir a la sociedad, existiendo una gran distancia entre la práctica y la teoría, entre el “hacer” y “el pensar”. Estos, serán sin duda los retos de los Diplomados y Graduados en Enfermería durante este siglo XXI.

La influencia del género en la Enfermería

Los factores de género han ejercido una gran influencia, tanto en la esfera docente como en la laboral y en la baja consideración social de la profesión y continúan teniendo una gran presencia, aunque se manifiestan con matices y perspectivas diferentes en el alumnado entrevistado.

El discurso de género transmitía la idea, aún hoy muy asentada, del cuidado como algo innato a la condición femenina, ya que se percibía como una prolongación del que las mujeres realizaban en el hogar, idea que era reforzada por su escasa educación y expectativas.

Al mismo tiempo, la formación, se ocupó de moldear las actitudes y la conducta que se correspondían con ese modelo: una imagen personal femenina y pulcra, el respeto y la sumisión hacia los superiores, especialmente los médicos, así como los componentes vocacionales, emotivos y afectivos, desdeñando los intelectuales y cognitivos.

Estos elementos se observan en múltiples aspectos: en las normas, en la disciplina y en el control; en las relaciones con los médicos y los pacientes; en la obligatoriedad del internado hasta que se incorporaron alumnos varones y, en los estudiantes más recientes, en las afirmaciones sobre las diferentes características, personales y profesionales de enfermeras y enfermeros; sobre los puestos de gestión que ellos ocupan con más frecuencia o sobre la diferente percepción que tiene la sociedad sobre unas y otros.

La transformación de la Escuela en un centro universitario.

En la década de los setenta la Escuela comienza a sufrir una lenta transformación desencadenada tanto por la reorganización de la “Casa de Salud Valdecilla” que pasa a depender de la Seguridad Social, y por su adscripción a la Universidad de Santander, como por los cambios políticos, socioeconómicos, culturales y educativos que se están produciendo en la sociedad española.

A partir del curso 1976/1977 se convierte en mixta y dejará de ser obligatorio el internado. Desaparece la comunidad religiosa y comienzan a incorporarse a ella enfermeras, como Monitoras de prácticas, Jefa de Estudios y Secretaria.

Durante los dos siguientes cursos académicos - 1978/1979 y 1979/1980 - se interrumpirá la llegada de estudiantes, por primera vez en la historia de la Escuela.

A lo largo de las dos décadas siguientes la Escuela pasará por momentos de gran inestabilidad y deberá superar múltiples dificultades en relación tanto con la implantación y desarrollo del nuevo plan de estudios de la Diplomatura en Enfermería como por su integración en la Universidad de Cantabria.

La Diplomatura comenzó a impartirse en el curso 1980/1981 y tuvo dos planes de estudio: el primero hasta el curso 2000/2001 y, el segundo, iniciado dos años antes, finalizó en el 2011/2012. Así mismo, convivirá durante dos cursos académicos con el nuevo título de Graduado en Enfermería.

Este plan de estudios que marcó el inicio del desarrollo académico y disciplinar y reorientó la formación y el perfil profesional enfermero, produjo un cambio trascendente en el alumnado de la Escuela que dejó de ser mano de obra indispensable para el funcionamiento del Hospital, disminuyó su dedicación práctica y comenzó a recibir una formación teórica y práctica equilibrada, ampliada a otros ámbitos profesionales y acorde con su posición de estudiante. El segundo plan de estudios de la Diplomatura aumentó nuevamente la dedicación del alumnado, sobre todo práctica, aunque su organización fue similar a la del anterior.

El profesorado enfermero de la Escuela también tuvo que transformarse; comenzará a adquirir mayor protagonismo y responsabilidad, tanto en la gestión como en la docencia, y deberá realizar un gran esfuerzo para ampliar sus competencias y cumplir las nuevas exigencias del medio universitario, muy diferente al sanitario de procedencia.

En 1986 se nombrará, por primera vez, a una enfermera – Paloma Salvadores - como Directora Técnica de la Escuela y, Coordinadores de Área, a los otros ocho profesionales de enfermería que tienen dedicación exclusiva.

En el curso 1989/1990 se inicia la integración en la Universidad de Cantabria que se producirá en tres años. En ese momento estaban adscritos a la Escuela veinte profesionales del Hospital, trece de ellos de enfermería, que pasarán a ser contratados, también, como profesorado asociado por la Universidad. Así mismo, se convocarán durante estos tres años treinta plazas de profesorado de Ciencias de la Salud que serán ocupadas por profesionales de enfermería, para el seguimiento y tutorización de las prácticas clínicas.

A partir de este momento comenzarán a constituirse la Junta de Escuela, en 1990 y el Consejo de Departamento, en 1991, y se convocarán las primeras plazas de Titulares de Escuela que serán ocupadas por profesionales de Enfermería. Lo mismo ocurre, hasta el momento

actual, con la direcciones de la Escuela y del Departamento de Enfermería, en las sucesivas elecciones celebradas cada cuatro años. De este modo, por primera vez, la Escuela será liderada y organizada por la propia disciplina.

La consolidación de la Escuela en la Universidad y el desarrollo académico.

La última etapa estudiada, la primera década del siglo XXI, conducirá al afianzamiento de la formación universitaria para la disciplina enfermera y, también, a la plena inserción de la Escuela en la Universidad.

Durante el año 2004 y principios del siguiente se celebrará la conmemoración del 75 aniversario de la Escuela en el que participa todo el colectivo profesional. La celebración incluyó un concurso para el diseño de un logotipo; la exhibición de material, fotografías y documentos sobre la evolución de la formación y un Acto Académico de homenaje a las alumnas, representadas por las de la Promoción I que continuaban con vida, a las que se impuso la Insignia de Oro de la Escuela.

La Memoria para la solicitud del Título Oficial de Grado fue verificada por ANECA en diciembre de 2009 y comenzó a impartirse en 2010/2011, al tiempo que se extinguía curso a curso la Diplomatura. A partir del segundo cuatrimestre de este curso se inicia también el Curso de Adaptación al Grado, del que se realizarán dos ediciones anuales. En el 2011/2012 comenzará el Máster Oficial en Gestión Integral de las Heridas Crónicas y, en 2013/2014, el de Investigación en Cuidados de Salud.

Entre tanto, algún profesorado enfermero realizaba otra formación superior para conseguir acceder al doctorado que obtendrá el primero en 2007. Este mismo curso, el resto del profesorado, cursará el Máster de Investigación en Cuidados impartido en la Escuela por la Universidad Complutense y, a partir de 2011, comenzarán a presentar sus tesis doctorales los posgraduados. En abril 2013 hay en la Escuela 8 doctores enfermeros y continúan siendo profesionales de enfermería la mayoría de su profesorado.

A partir de este momento, la existencia de un número cada vez más importante de profesorado enfermero con el grado de doctor permitirá a nuevas generaciones de estudiantes realizar una carrera académica e investigadora sin límites ni cortapisas que ampliará exponencialmente el desarrollo disciplinar y profesional de la Enfermería.

CONCLUSIONES

1. La Escuela “Casa de Salud Valdecilla” que es la más antigua de las que existen en el momento actual, si exceptuamos las de Cruz Roja, ha formado hasta 2012 setenta y nueve promociones de profesionales. Entre 1932 y 2012 han obtenido el título 4.269 estudiantes: 633 de Enfermera; 1677 de Ayudante Técnico Sanitario, y 1959 de Diplomado Universitario en Enfermería. De los 5.126 estudiantes admitidos, un 16,72% no finalizó sus estudios, produciéndose la proporción más alta de abandonos y expulsiones durante el plan de estudios de Enfermera.
2. La Escuela constituyó un elemento esencial del proyecto de la “Casa de Salud Valdecilla”, para el que resultaba imprescindible contar con enfermeras sólidamente formadas y competentes en los cuidados del enfermo y no existían en nuestro país escuelas de estas características.

3. La Escuela tuvo un gran impacto en la formación y disciplina enfermera en España porque imprimía en las alumnas un “sello especial” que certificaba que quien obtenía el título estaba dotada de cualidades que cumplían las mayores expectativas y exigencias.
4. El alumnado ha sido exclusivamente femenino hasta el curso 1976/1977 y mayoritariamente desde entonces; de variada extracción social y procedencia.
5. La elección de la profesión ha estado condicionada por el género. También el género determinó la formación que recibieron y, aunque en las tres últimas décadas, alumnas y alumnos reciben la misma, se mantienen discursos, actitudes y prácticas de género, tanto en el propio colectivo como en la sociedad, que influyen en el desarrollo profesional.
6. La organización de la Escuela se basó en el modelo Nigthingale aunque a los pocos meses de su inicio desaparecerá una de sus características: el protagonismo de las enfermeras en la formación que volverá a recuperarse en las dos últimas décadas.
7. La formación teórica fue escasa en los primeros años aunque durante gran parte de su trayectoria fue siempre superior a lo regulado en España.
8. Las alumnas realizaban largas jornadas de trabajo y aprendían la práctica ensayando e imitando a sus compañeras de los cursos superiores. Se convertían así en hábiles ejecutoras de cuidados y técnicas; capaces de afrontar y resolver problemas, disciplinadas, sumisas, abnegadas, amables y responsables.
9. Formarse en la Escuela ha sido para todo el alumnado una experiencia positiva aunque dura, difícil, sacrificada y exigente. Para las primeras fue un privilegio y son las formadas como Ayudantes Técnicos Sanitarios las que se manifiestan más críticas.
10. A pesar de que no existieron diferencias apreciables en la formación que recibieron Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios se evidencia en las primeras una mayor autoestima e identidad profesional que parece recuperarse en los estudiantes de la Diplomatura.
11. La trayectoria de la formación ha sido la siguiente: se primaron en las Enfermeras las actitudes relacionadas con la disciplina, el esfuerzo y la subordinación, y las habilidades prácticas necesarias para el cuidado de los enfermos y el funcionamiento del hospital. En la titulación de Ayudante Técnico Sanitario se sumaron a las anteriores mayores conocimientos biomédicos y la realización de técnicas progresivamente más complejas que fueron desplazando el resto de los cuidados a los pacientes. En los Diplomados se equilibra la formación teórico/práctica y se reorienta hacia el cuidado integral de las personas en situación de salud y enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Nebreda, C. (1994). *Administración sanitaria y sistemas de salud*. Madrid: Síntesis.
- Álvarez Nebreda, C. (2002). *Código enfermero español siglo XX: Compendio legislativo*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bernabeu Mestre, J., Gascón Pérez, E. (1999). *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Conde, F. (1993). Los métodos extensivos e intensivos en la investigación social de las drogodependencias. *Las drogodependencias: Perspectivas sociológicas actuales*. (pp. 203-230). Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias políticas y Sociología.
- Conde, F. (2008). Los grupos triangulares como “espacios transicionales” para la producción discursiva: Un estudio sobre la vivienda en Huelva. In Á. J. Gordo López, & A. Serrano (Eds.), *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. (pp. 155-188). Madrid: Pearson Educación.
- Domínguez, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- Hernández Martín, F. J., Moreno Roy, M. A., & Pinar García, M. E. (1996). La ilustración: la transición hacia la enfermería contemporánea. In F. J. Hernández Martín (Ed.), *Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días)*. (). Madrid: Síntesis.
- Hernández Martín, F. J., Pinar García, M. E., & Moreno Roy, M. A. (1996/97). Memoria de un centenario: Primera Escuela de Enfermería “Santa Isabel de Hungría”. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, (3-4), 189-195.
- Herrera Rodríguez, F. (1996/ 1997). La enseñanza de las damas enfermeras de la Cruz Roja (1917-1920) (3-4), 197-209.
- Izquierdo Rojo, J. M. (1999). El primer director: López Albo. In J. M. Izquierdo (Ed.), *70 años de Valdecilla*. (pp. 49-59). Santander: S.I.
- Junquera, M. T. (1929, 24 octubre). Florence Nightingale y su gran obra. *La historia de la enfermera*. *El Diario Montañés*. Extra, pp. 15.
- Moradiellos, E. (2000). *La España de Franco (1939-1975). Política y sociedad*. Madrid: Síntesis.
- Payne, S. G. (2008). *España: Una historia única: El hispanista más prestigioso hace una nueva lectura de nuestro pasado*. Madrid: Temas de Hoy.
- Pulido Mendoza, R., Hernández Conesa, J. M., & Beneit Montesinos, J. V. (2011). *La formación de las enfermeras de la Cruz Roja Española*. Murcia: DM.
- Salmón Muñiz, F. (2004). El origen de la Casa de Salud Valdecilla. *Valdecilla 75 años. 1929-2004* (pp. 14-49). Santander: Cantabria en Imagen.
- Salmón Muñiz, F., & García Ballester, L. (1986). *Wenceslao López Albo y los orígenes de la Casa de Salud Valdecilla (1928-1930): filantropía y medicina en la España contemporánea*. Santander: S.N.

- Salmón Muñiz, F., García Ballester, L., & Arrizabalaga, J. (1990). La Casa de Salud Valdecilla: Orígen y antecedentes: La introducción del hospital contemporáneo en España. Santander: Universidad de Cantabria: Asamblea Regional de Cantabria.
- Schutz, A., & Brodersen, A. (2003). Estudios sobre teoría social. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sellán Soto, M. C. (2010). La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea. Madrid: Fuden.
- Siles, J. (1999). Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara.
- Sobrido Prieto, N., González Guitián, C., & Pichel Guerrero, M. J. (2008). Las damas de la Cruz Roja y Enfermeras Voluntarias de la Cruz Roja de la Coruña. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería.*, (10), 741-750.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Valdeón Barunque, J., Pérez, J., & Juliá Díaz, S. (2006). Historia de España. Madrid: Espasa Calpe.
- Valls, R. (2007). La formación de enfermeras en las primeras escuelas oficiales de Cataluña. *Temperamentum*, 3(6) Retrieved from <http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/t1707.php>
- Vázquez de Quevedo, F. (2005). Instituto de Terapéutica Operatoria (1880-1939). Instituto Rubio y Galí. Instituto Moncloa. Contribución a las especialidades médicas y de enfermería en España. Santander: Academia de Medicina de Cantabria.
- Zapico, F., & Adrián, J. (2008). ¿Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, (10), 805-825.
- Zichi, M., & Omery, A. (2003). Escuelas de fenomenología: Implicaciones para la investigación. In J. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. (pp. 160-182). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía.

PALABRAS CLAVE

Escuelas de Enfermería, Educación en Enfermería, Historia de la Enfermería, Investigación cualitativa, Libros de texto.

SUMMARY

INTRODUCTION

The School of Nursing was founded in 1929, in the heart of the regional hospital “Casa de Salud Valdecilla” and represented a vital piece in the project and one of the pillars of the teaching function that the hospital sought to develop.

At the time, the country was going through a phase of intense development economically, socially, culturally and demographically, and this boosted expectation in many areas. The education level of the population increased; women began to be granted access to university and the labour market; rural folk modernized their activity or left rural areas for the developing cities; the middle classes expanded and sought new political formulae; companies expanded; workers formed trade unions and businessmen formed associations (Moradiellos, 2000; Payne, 2008; Valdeón Baroque, Pérez, & Juliá Díaz, 2006).

Health assistance was very deficient. Care in hospitals was run by religious orders and it was nuns who typically were not nurses or other inappropriately qualified personnel who looked after the sick. The lay women, who carried out cleaning tasks and other care work and who had to answer to nuns and doctors, tended to be illiterate and were regarded as servants and were made to perform the most humiliating and least valued tasks (Álvarez Nebreda, 1994; Domínguez, 1986; Hernández Martín, Moreno Roy, & Pinar García, 1996; Siles, 1999).

Outside Spain, however, the situation of the profession was very different. In some places projects and training models had been instigated dating back to the middle of the 19th century. The most recognized of these were the projects designed by Florence Nightingale, who had organized a structured, disciplined, female profession that set and expected very high standards. A nursing school was established in St. Thomas’s Hospital in 1860 in which higher education nurses led a well-developed and systematic theoretical and practical training programme (Domínguez, 1986; Hernández Martín et al., 1996).

The stagnation of the nursing profession in our country was greatly impacted by its religious and vocational character, as well as by the existence of a heterogeneous network of professionals and semi-professionals and the deficient development of public health care along with the link of caring to the biological role of women and the low social esteem afforded to women (Siles, 1999; Zapico & Adrián, 2008).

The first regulated training of nurses was not established in Spain until 1915. However this regulation was just limited to authorizing the exercise of the profession to those who could show, by means of a theoretical/practical test, the knowledge of a programme covering 70 areas. This rule gave legal recognition to the profession but many years went by before nursing care was systemized and regulated (Álvarez Nebreda, 2002; Bernabeu Mestre, J., Gascón Pérez, E., 1999).

There had been some or other previous projects that had attempted to change this situation, such as that of Concepción Arenal. In 1870 she had proposed to unify the profession

under one title that could be obtained after passing three years at a School of Nursing. Another project was that of Federico Rubio y Galí who completed the first attempt to give the training and identity to the profession by creating, in 1896, the Saint Elizabeth of Hungary School, inspired by the Nightingale model. This school was to later disappear during the Spanish Civil War (Hernández Martín, Pinar García, & Moreno Roy, 1996/97; Sellán Soto, 2010; Siles, 1999; Vázquez de Quevedo, 2005).

After regulation in 1915 more training schools were opened. The first - Mancomunitat de Catalunya y Santa Madrona - were established in Barcelona in 1917 in the headquarters of the pro-feminist Catholic organizations seeking to promote women and to offer them a worthy, recognized occupation closely in line with the family and traditional roles assigned to them by society. The first school was to close during the civil war and the second in 2009 (Domínguez, 1986; Siles, 1999; Valls, 2007).

The Red Cross also began to run Professional Nurses training courses in 1918 and 1919 in Madrid and Barcelona, although these courses would not be officially recognized until 1954 (Herrera Rodríguez, 1996/ 1997; Pulido Mendoza, Hernández Conesa, & Beneit Montesinos, 2011; Sellán Soto, 2010; Siles, 1999; Sobrido Prieto, González Guitián, & Pichel Guerrero, 2008).

This initial phase of training and professional development in Spain would comprise two fundamental differences from the Nightingale model. In most countries nursing was a female profession led by female nurses while in Spain there were also male nurses and the profession was organized and run by religious orders and the medical professional (Domínguez, 1986).

This is the context in which the “Casa de Salud Valdecilla” School of Nursing was founded and the start, setting-up, and development of the school justifies this research. First and foremost, the School of Nursing is the oldest and longest-running school in Spain to incorporate the Anglo-Saxon model. Secondly, its broad and uninterrupted history and the characteristics of the training imparted have had a major impact on nursing training and the development of the subject in Spain. Research into the school provides information as to the evolution of the profession, along with the Spanish society and the situation of women. Finally, there is scant literature and documented publications on the school, apart from that carried out by Fernando Salmon (1986, 1990, 2004) on the origins and predecessors of the “Casa de Salud Valdecilla”.

METHODOLOGY

Objectives

With this study we seek to analyse the setting-up, evolution and development of the organization of the School of Nursing of the “Casa de Salud Valdecilla” and the training imparted therein between 1929 and 2010. Specifically to:

1. Analyze the interests and motivations that justified the start of the School.
2. Reconstruct the organizational and teaching elements that characterized training in the School during this period of time.
3. Examine the way in which changes produced in society and the situation of women influenced and had an impact on training and the organization of the School.

4. Discover just what it was like to be trained at the School throughout this period through the narratives of the students.

Design:

The study, for which I used qualitative methodology and historiographical techniques, comprised three stages:

1. Documental analysis of the organizational and teaching route-map of the School between 1929 and the end of 2010, last year in which students were to study for the Diploma. In order to carry out this historical review original documents and records were read as well as the bibliography, periodic publications, legal texts and graphical material obtained from the Archives of the School, the Valdecilla Foundation and the Libraries of the Marques de Valdecilla Hospital, Menendez Pelayo and the Municipal.
2. Documental analysis of the contents and characteristics of the nine Manuals published by Manuel Usandizaga for the training of the students. The first six manuals, titled "About the Nurse" were published in 1934 and 1952; the last three "about the Nurse and the Trainee" were published in 1958 and 1970.
3. Qualitative study with phenomenological design of the transcripts of interviews carried out on three students of the first set of graduates who studied between 1930 and 1932 and of the three triangular groups in which 8 female students and one male student participated from different graduate years between 1961 and 2001 (Conde, 1993; Conde, 2008; Schutz & Brodersen, 2003; Taylor & Bogdan, 1992; Zichi & Omery, 2003).

The three interviews on the students trained as nurses were the first to be carried out in December 2004 and January 2005 to have their testimonies due to their advanced age – 102, 99 and 91. In March 2008 the interviews were carried out on the youngest. All interviews were carried out in their homes, the first set was recorded on video, and the last on audio, all transcribed by the researcher.

The triangular groups were completed between February and March 2010. The first two were made up of students from different graduation years of the Technical Sanitary Assistant degree. The third group was composed by two female students and a male student of two different Study Plans of the Nursing Diploma taught in the School. All groups were interviewed in a meeting room at the School, recorded on audio and transcribed literally by professional transcribers.

Analysis of the interviews

For the analysis I followed the Analysis in Progress approach (Taylor y Bodgan, 1992) that involves three distinct phases: discovery, codifying and relativisation. The aim is to ensure that the sequence does not lose the circular and dynamic perspective of this type of analysis:

- The discovery phase was prior to the interviews. It consisted in identifying the questions that led to the definition of the topics dealt with and to establish the script for the interviews.
- The second phase was carried out after the transcript. This involved the carefully repeated reading of the speech produced, in order to select the ideas and topics that

arose with which I would construct lists and typologies, and to develop concepts that would highlight the experiences described.

- In the third phase I sought to interpret the narratives through contrast and differentiation between what was said and how it was said.

The thesis includes three further chapters in which I explore and describe the social, political and economic context of Spanish society throughout the period in which the School has been run. The first chapter refers to the political and social history, with two sections on sanitary and educational policies. In the second chapter there is an analysis of the evolution of the situation of women, and the third is about the previous history and the professionalization process of Nursing.

RESULTS AND DISCUSSION

The School was one of the structures that focused on the teaching function of the “Casa de Salud Valdecilla” that should not be limited to physicians but should train nurses as well. This is what the Marquis of Valdecilla stipulated in the bylaws of the Valdecilla Foundation, in which it was stipulated that a School of Nursing was to operate.

The construction and organization project for the hospital began in 1918 but it was stopped shortly afterwards due to lack of funds and interest. This would be restarted and modified in 1927, under the initiative and financial support of the Marquis (Salmón Muñiz, García Ballester, & Arrizabalaga, 1990).

The “Casa de Salud Valdecilla” was officially opened in August 1929 and represented a new dimension in the Spanish hospital sphere at the time, since it was going to undertake both caring and teaching tasks, as well as research and social assistance. It was also ground breaking in terms of its functional and administrative organization (Salmón Muñiz, 2004).

One of the organizational aspects that broke with the way hospitals had previously been run was that the responsibility for the caring of patients and the training of student nurses was to be handed to qualified and experienced lay nurses, instead of members of a religious community. Three nuns would later hold the posts of Nursing Inspector; Head of Social Action and Head of Nurses. Ten more would be contracted for services of the hospital.

The first director, Wenceslao López Albo was aware that the hospital that he intended to run required soundly trained nursing staff fully knowledgeable in the care needs of patients. To achieve this the nurses should be trained in the same hospital, following the Nightingale model which the director knew and admired and that had been converted into the paradigm of professional nursing the world over (Salmón Muñiz, García Ballester, & Arrizabalaga, 1990). In order to run the school he chose Manuel Usandizaga, Head of Gynecology and Social Services, and M^a Teresa Junquera, Head of Nurses, as Director and Sub-Director, providing them with funds to learn about the way foreign Nursing Schools operated.

Junquera set down the three conditions that schools should maintain following Nightingale’s model:

Forming part of a hospital, so that the nurses could acquire professional experience; study and reside at the hospital, since this was the only way to instill discipline and the high moral education the profession required; and finally, stay at the school should be protracted so that nursing training would be perfect (Junquera, 1929).

Junquera (1929) also stated that the rules established by Nightingale continued to be the basis for the training of the nurses all over the world while reaffirming the requirements that she sought to apply in the School: previous training such as High School certificate or its equivalent: a trial period of three months; boarding with strict disciplinary rules; three years of training; theory with a programme of all the medical material applied to care as well as laboratory practice and lessons on professional ethics and the practical element, carried out in all the hospital services, under the control of nurses, and subject to the requirements of the hospital staff. Likewise, there would be a fourth year of specialization in public health, school nurses, social and industrial service, nursing school instructors and anesthetists.

The organization of the School would start immediately and would be officially recognized on June 20th, 1932. On November 10th, 1929 the founding bylaws of the “Casa de Salud Valdecilla” were passed and on 19th and 20th, local and national press announced the call for students to apply. The first would start from January 27th, 1930 and it was not until May 20th that the figure of 50 foreseen for the first set of students would be reached.

Very soon, however, difficulties started to arise in running the “Casa de Salud Valdecilla” project. One of the reasons was the rejection that the main role played by the secular nurses and their leadership caused in the medical community and in Santander society. Others were related to the different criteria imposed on the management and organization of the hospital by the Board Of Governors of the Foundation and the Marquises, and especially the Marchioness, and Santander society (Izquierdo Rojo, 1999; Salmón Muñiz & García Ballester, 1986; Salmón Muñiz et al., 1990).

As a consequence, between December 1929 and May 1930, a number of nurses who headed the social and nursing services and the Nursing School started to resign, and numbers dwindled. This occurred to such an extent that at the end of 1930 there were only nine students. At the end of 1932 there were only sixteen, thirteen of whom were from the first set of undergraduates. This deficient number of nurses would continue for many years: in 1967 there would be thirty-five nurses in the “Casa de Salud Valdecilla”, eleven of whom were specialists in X-ray, Surgery (operating room specialist) and Laboratory.

The shortage of nurses along with the incorporation in 1930 of the religious community of the Sisters of Charity of St. Vincent of Paul would represent an important organizational change since they would be in charge of administration and all non-medical services, including the School, despite the fact that very few were nurses.

The development of the School project

Thus, shortly after starting the “Casa de Salud Valdecilla”, organization was steered towards a more traditional model with priority given over to the essential elements for its workability. One of these priorities was to obtain the highest number of student nurses to cater for the needs of medical services at a low cost.

The training of the students became secondary to the hospital staffing needs and consisted of two basic ingredients: discipline and practical experience.

Access requirements:

During the first years it was not possible to satisfy the requirement that prospective students had to have studies equivalent to the High School: the low academic level of the women who were prepared to become nurses prevented this. Therefore, requirements were limited to the need to know how to read, write and count; to be of good health, appearance and manners as well as to behave presentably, which would be certified by a priest. This certification and recommendation continued to be in force until the end life of the Sanitary Technical Assistant degree.

From 1939 it became obligatory to have High School certificate and a preliminary test. This entrance test would be legally regulated in 1941 as well as the requirement of three years of the High School. From 1955 in the study plan for the Sanitary Technical Assistant degree the High School certificate would be obligatory in the whole country, and the School would gradually increase the number of students who gained access with the High School superior level.

Three year boarding and discipline:

The organizational and disciplinary components of the Project, impregnated with religious elements that were not present at the outset, were to be most prevalent in the School and remain with few variations for more than forty years.

The students would be subjected to strict almost military-like discipline, based on rigid rules that regulated their behavior, both in Care services as in the Students Residence and at the Hospital, the fulfillment of which were steadfastly controlled by the nuns.

Even during the 1970s, the School's Regulations controlled all aspects of the students' lives, from the timetables (time for waking up, eating, going to classes, leaving, leisure time, going to bed) and how to behave (at work, in the dining hall, in the residence or with visitors), to their appearance (uniform or ordinary clothes) personal hygiene and room tidiness. Emphasis was also placed on their valuing qualities such as: kindness, abnegation, obedience, correctness or intelligence, and they would fail the course if they interrupted their activity for a month owing to ill health or fifteen days for personal reasons. It would not be until the following decade that there would be more flexibility as regards to timetables and authorizations to spend some nights with their parents. There would still be one compulsory religious event each week: mass on Saturdays at 10:30 PM.

It is likely that the hard nature of the boarding regime along with society's low opinion of the nursing profession at the time and the deficient level of education of Spanish women would influence the difficulty that the School would have in attracting students in the first years of its existence.

It was also difficult to keep the students at the school. Of the 1.102 aspiring nurses between 1930 and 1955 only 633 were to graduate. Some dropped out for health problems, lack of physical capacity for the hard work, incapacity for putting up with the discipline and other personal or family reasons. Others were expelled because their attitude, character or behavior did not comply with what was expected of them. There were also, during the Civil War and the immediate post-war period, desertions, expulsions and detentions.

During the study plan of the Sanitary Technical Assistant degree that would be imparted for more than 26 years, there would still be dropouts and expulsions, although this would fall off progressively. Applications for the school increased over the years and the 1977/1978 school-year saw over 1.000 applications.

Practical work:

Training during the first year was limited to the practice carried out under extremely tough conditions that were to continue for forty years.

Students' work was endless and exhausting: day after day, long hours all year round. On their shoulders fell the brunt of hospital activity - not only did they have to cover the patients' basic needs but also the multiple auxiliary tasks so essential to the hospital's functioning and for which no other personnel were available.

Furthermore, as their practical work was supervised by professional nurses in only the first months, they had to learn by emulating fellow students from higher years, in a process of repetition and trial. This way they became skilled practitioners in care and treatment techniques, with a great capacity to face and solve problems. They were responsible, disciplined and docile, and at the entire service of the needs and interests of the medical and hospital community.

Without doubt, the strength of the discipline and the wide practical experience were fundamental ingredients in the prestige and longevity of the School whose "trademark" certified that whosoever obtained the diploma was equipped with qualities that stood up to the highest of expectations and demands.

The theoretical programme:

Nor did the theoretical programme respond to the proposals of Junquera and Usandizaga. For the first year the students had neither a study programme, nor text books, and the classes did not start until the second year.

Despite all this (and the fact that the students from Nursing and the Sanitary Technical Assistant degree revealed that their training was scant) training was always much broader than that demanded by the successive legislated regulations. Proof of this lies in the nine editions of Usandizaga's Manuals, which from the first, published in 1934 contained 104 subject topics compared to the 34 lessons in the Official Professional Nursing Programme of 1932. The same occurred in the rest of the editions.

These Manuals of Nursing, and Nursing and the Practitioner, were textbooks for students for more than forty years. Successive editions would be revised, corrected and adapted to the new training needs and the regulation of nursing education in 1941. The last three would respond to the new study plan for Sanitary Technical Assistant degree.

The texts offer valuable information as to not only the knowledge that the students acquired but also the norms and values that the training encapsulated and furthermore as to the role and status afforded to the professionals at each moment of history.

Specialisation

The specialisation that Junquera proposed never came into being. During the Study plan for Nursing, only the Laboratory specialist work was started in 1933/1934. This continued to be taught for the Sanitary Technical Assistant diploma until 1971, albeit without official recognition.

During the study plan for the Sanitary Technical Assistant degree the following subjects were taught: Obstetrics-Matron Care; Physiotherapy; Radiology and Electrology; Surgery (operating room specialist, without official recognition), and Psychiatry.

In the study plan for the Diploma only Midwifery care would be taught from 2006/2007.

Professional identity

The students interviewed refer to many components of the professional identity, the role performed by the professionals and their evolution that without a doubt is conditioned by the social context in which they lived and their future prospects.

The students who trained as nurses show greater self-esteem and a more defined professional identity, and the two youngest groups are the ones who show a greater degree of concern for this aspect. However, the perception differs among members. Much unanimity exists in the most recent group which sees the profession from a much wider, multidimensional and complex standpoint. Nevertheless, development is uncertain and still needs greater acceptance by society. There seems to be a vast distance between the practice and theory, between “doing” and “thinking”. These concepts will undoubtedly be the challenges for Diploma and Degree students in Nursing in this 21st century.

The influence of gender in Nursing

Gender factors have had an important influence, both on the teaching sphere as well as on the working sphere and on the low social esteem for the profession, and they continue to have an important presence, although the interviews reveal different perspectives and opinions.

The gender discourse used to transmit the idea, even today very established, as the ability to care as something innate to the female. This was perceived as an extension of what women did at home, an idea further reinforced by their low level of education and hopes.

At the same time, the training, was focused on molding attitudes and behavior that corresponded to the following model: a feminine and impeccable person who showed respect and submission to her superiors, especially physicians as well as having qualities that were vocational, showing compassion and affection, with disdain towards intellectual and knowledge-oriented qualities.

These elements are observed in multiple aspects: in the norms, discipline and control; in their relationships with physicians and patients; in the obligatory requirements of the internship until male students joined the school, and in the most recent students. In the affirmations about the different characteristics, personal and professional, of nurses of both sexes; on the management positions male nurses hold more frequently; or on the different perceptions that society has of female and male nurses.

The transformation of the school into a university department

In the 1970s the School started to undergo a slow transformation provoked by the reorganization of the “Casa de Salud Valdecilla”, which from then on belongs to the Social Security Administration, and its adscription to the University of Cantabria, as well as by the political, cultural and educational changes occurring in the Spanish society.

From 1976/1977 studies are opened to men and the obligatory boarding is no longer in force. The religious community disappears and the nurses take up positions as practice Monitors, Head of Studies and Secretarial posts.

In 1978/1979 and 1979/1980 the incorporation of students was interrupted for the first time in the School's history.

Over the next two decades the School was to go through moments of instability and would have to overcome many difficulties in terms of the development of the new study plan for the University Diploma in Nursing as well as its incorporation in the University of Cantabria.

The University Diploma opened in 1980/81 and had two study plans: the first one in 2000/2001, and the second ending in 2011/2012. Thus two courses were to run alongside each other with the new title of Bachelors Degree in Nursing.

This study plan, which marked the start of the academic development and the new discipline of Nursing, and reoriented training and the professional profile of the nurse, produced a fundamental change in the students of the School. They were no longer an indispensable workforce for the hospital, their practical work diminished and they started to receive training with a better balance between theory and practice, broadened to other professional spheres and in line with their position as students. The second study plan for the University Diploma had already increased the dedication requirements of the students, especially in terms of practice, although its organization was similar to the prior.

The teaching staff at the School also had to be modified. It began to acquire greater weight and responsibility, both in management terms and teaching, and it was to make a great effort to broaden its areas of competence and to comply with the standards demanded of the university sphere, very different from that of its health area from which it had originated.

In 1986 for the first time a nurse – Paloma Salvadores – was appointed as Technical Director of the School and eight nurses as Area Coordinators with exclusive dedication to this work.

The 1989/1990 academic year saw the integration into the University of Cantabria that would be finalized in three years. At that time twenty professionals from the Hospital were affiliated with the School as professors, thirteen of whom were nurses that would be also hired as associate professors by the University. During these three years thirty teaching posts were opened for professors in Health Sciences to follow up and tutor the clinical practice, and filled by nursing professionals.

From this moment onwards the School Board and Counsel would be constituted in 1990 and 1991 respectively, and nursing professionals would hold the first three posts as Lecturers of the School. This way, for the first time the School would be led and organized by nurses until nowadays with the Directors of the School and the Department of Nursing being elected every four years.

Consolidation of the School in the University and academic development

The last stage studied in the context of this research, the first decade of the 21st century, will lead to the consolidation of university training for nursing and the full integration of the School in the University.

During 2004 and the start of the following year the School celebrated its 75th anniversary with participation of the whole professional community. The celebration included a competition to design the logo; an exhibition of material, photographs and documents on the evolution of training; and an Academic Event in tribute to the students from the first class of graduates represented by those still alive who received the School's Gold Insignia.

The Official Report seeking accreditation of the Official Degree Title was verified in December 2009 by the National Agency of Professional Evaluation and Accreditation (ANECA in Spanish). The first course of the new Bachelors Degree started in 2010/2011 with the consequent removal of the University Diploma. From the second term of this course the Adaptation Course for the Bachelors Degree was introduced, and two courses were run annually. The School started in 2011/2012 the Official Master in Integral Management of Chronic Wounds, and in 2013/2014 the Master of Research in Health Care.

Meanwhile, some nursing teachers carried out other higher training to obtain access to the doctorate, the first of which was obtained in 2007. That same year, the rest of the professors took the Master of Research in Health Care run at the School by the Complutense University of Madrid. From 2011 postgraduates would start to present their doctorate thesis. In April 2013 there are eight doctors in nursing in the School, and the majority of the teaching staff continue to be nursing professionals.

From this moment, the existence of an ever greater number of nursing teachers with the doctorate will allow new generations of students to undertake an academic and research career without limits or restrictions, which will exponentially broaden the academic and professional scope of the School.

CONCLUSIONS

1. The "Casa de Salud Valdecilla" School is the oldest of its kind, with the exception of the Red Cross, and up to 2012 seventy-nine groups of professionals had completed their training. Between 1932 and 2012, 4,269 students obtained their qualifications: 633 in Nursing; 1677 as Sanitary Technical Assistants, and 1959 got the University Diploma in Nursing. Of the 5,126 students enrolled, 16.72% failed to complete their studies, with the highest number of dropouts or expulsions during the first Nursing study plan.
2. The School represented an essential element of the "Casa de Salud Valdecilla" Project and so it became essential to count on the work of nurses who had been soundly trained and were competent in patient care. There were no other schools of these characteristics in our country.
3. The School had a great impact on the nursing training and discipline in Spain because it left its "special trademark" on the students which certified that whoever obtained the diploma was equipped with the qualities required to satisfy the highest demands and expectations.

4. The students were exclusively female up to the 1976/1977 academic year and in the majority since then; coming from diverse social class and geographical regions.
5. The choice of the profession has been conditioned by gender. Gender has also determined the training they received and although in the last three decades students of both sexes receive the same, old gender discourses, attitudes and practices remain, both in the medical community as well in society, and have an influence on professional development.
6. The School was organized based on the Nightingale model although after only a few months one of its characteristics was to disappear: the role of nurses in training, which would recover its weight in the last two decades.
7. Training in theory was scant in the first years although during a large part of the School's history it was greater than that offered by the regulatory training in Spain.
8. The students used to have to put up with long working days and gained practical experience through trials and imitating their fellow students from the later years of the diploma. They would thus become skilled practitioners in care and treatment techniques, with a great capacity to face and solve problems, disciplined, submissive, selfless, friendly, and responsible.
9. Being trained at the School has been for the students an experience that has been at the same time positive, hard, tough, sacrificing and demanding. For the first graduate nurses it was a privilege whilst those trained as Sanitary Technical Assistants have been the most critical.
10. Although there are no appreciable differences in training received by Nurses and Sanitary Technical Assistants, the former show more self-esteem and professional identity, which seems to have been recovered in the Diploma students.
11. The route map for training has been the following: much emphasis was placed on the nurses' attitudes related to discipline, effort and subordination, as well as on the practical skills necessary for patient care and the smooth running of the hospital. In the Sanitary Technical Assistant degree, along with the above attitudes, further emphasis was given to greater biomedical knowledge and carrying out progressively more complex techniques, replacing the rest of patient care. In the Diplomas a more balanced theory/practice approach was created and training was geared towards the integral care of persons in health and sickness.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Nebreda, C. (1994). *Administración sanitaria y sistemas de salud*. Madrid: Síntesis.
- Álvarez Nebreda, C. (2002). *Código enfermero español siglo XX: Compendio legislativo*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bernabeu Mestre, J., Gascón Pérez, E. (1999). *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Conde, F. (1993). Los métodos extensivos e intensivos en la investigación social de las drogodependencias. *Las drogodependencias: Perspectivas sociológicas actuales*. (pp. 203-230). Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias políticas y Sociología.
- Conde, F. (2008). Los grupos triangulares como “espacios transicionales” para la producción discursiva: Un estudio sobre la vivienda en Huelva. In Á. J. Gordo López, & A. Serrano (Eds.), *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. (pp. 155-188). Madrid: Pearson Educación.
- Domínguez, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- Hernández Martín, F. J., Moreno Roy, M. A., & Pinar García, M. E. (1996). La ilustración: la transición hacia la enfermería contemporánea. In F. J. Hernández Martín (Ed.), *Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días)*. (). Madrid: Síntesis.
- Hernández Martín, F. J., Pinar García, M. E., & Moreno Roy, M. A. (1996/97). Memoria de un centenario: Primera Escuela de Enfermería “Santa Isabel de Hungría”. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, (3-4), 189-195.
- Herrera Rodríguez, F. (1996/ 1997). La enseñanza de las damas enfermeras de la Cruz Roja (1917-1920) (3-4), 197-209.
- Izquierdo Rojo, J. M. (1999). El primer director: López Albo. In J. M. Izquierdo (Ed.), *70 años de Valdecilla*. (pp. 49-59). Santander: S.I.
- Junquera, M. T. (1929, 24 octubre). Florence Nightingale y su gran obra. *La historia de la enfermera*. *El Diario Montañés*. Extra, pp. 15.
- Moradiellos, E. (2000). *La España de Franco (1939-1975). Política y sociedad*. Madrid: Síntesis.
- Payne, S. G. (2008). *España: Una historia única: El hispanista más prestigioso hace una nueva lectura de nuestro pasado*. Madrid: Temas de Hoy.
- Pulido Mendoza, R., Hernández Conesa, J. M., & Beneit Montesinos, J. V. (2011). *La formación de las enfermeras de la Cruz Roja Española*. Murcia: DM.
- Salmón Muñiz, F. (2004). El origen de la Casa de Salud Valdecilla. *Valdecilla 75 años. 1929-2004* (pp. 14-49). Santander: Cantabria en Imagen.
- Salmón Muñiz, F., & García Ballester, L. (1986). *Wenceslao López Albo y los orígenes de la Casa de Salud Valdecilla (1928-1930): filantropía y medicina en la España contemporánea*. Santander: S.N.

- Salmón Muñiz, F., García Ballester, L., & Arrizabalaga, J. (1990). *La Casa de Salud Valdecilla: Orígen y antecedentes: La introducción del hospital contemporáneo en España*. Santander: Universidad de Cantabria: Asamblea Regional de Cantabria.
- Schutz, A., & Brodersen, A. (2003). *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sellán Soto, M. C. (2010). *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*. Madrid: Fuden.
- Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara.
- Sobrido Prieto, N., González Guitián, C., & Pichel Guerrero, M. J. (2008). Las damas de la Cruz Roja y Enfermeras Voluntarias de la Cruz Roja de la Coruña. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, (10), 741-750.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Valdeón Barunque, J., Pérez, J., & Juliá Díaz, S. (2006). *Historia de España*. Madrid: Espasa Calpe.
- Valls, R. (2007). La formación de enfermeras en las primeras escuelas oficiales de Cataluña. *Temperamentum*, 3(6) Retrieved from <http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/t1707.php>
- Vázquez de Quevedo, F. (2005). *Instituto de Terapéutica Operatoria (1880-1939)*. Instituto Rubio y Galí. Instituto Moncloa. Contribución a las especialidades médicas y de enfermería en España. Santander: Academia de Medicina de Cantabria.
- Zapico, F., & Adrián, J. (2008). ¿Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, (10), 805-825.
- Zichi, M., & Omery, A. (2003). Escuelas de fenomenología: Implicaciones para la investigación. In J. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. (pp. 160-182). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía.

KEYWORDS

Nursing Schools, Nursing Education, History of Nursing, Qualitative Research, Textbooks

CAPÍTULO 1:

INTRODUCCIÓN



Desde el primer momento en que se planeó la organización de la Casa de Salud Valdecilla, fue propósito de los fundadores que, junto a su misión de asistencia a toda clase de enfermos, menesterosos y pudientes, desempeñase una función docente y que ésta no podía limitarse a los médicos, sino que, también, tenía que contribuir a la formación de las enfermeras. Para que no hubiese ninguna duda en ellos, el benemérito Marqués de Valdecilla dispuso en los Estatutos fundacionales, uniéndole así a la suerte de la Casa de Salud, que en ésta tendría que funcionar una Escuela de Enfermeras (Usandizaga, 1944), p. 3.

La Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla” (en adelante EE) nace en 1929 y continúa ininterrumpidamente formando enfermeras hasta el momento actual; de modo que en 2012 finaliza sus estudios el alumnado de la LXXIX promoción. Esta promoción será la última de la Diplomatura puesto que la siguiente, que no concluirá sus estudios hasta junio de 2014, obtendrá el título de Graduado en Enfermería.

La EE inicia su andadura en un momento en que la actividad de cuidar carecía de reconocimiento social en nuestro país y no se exigía para el ejercicio de la profesión enfermera una formación reglada y unificada. Por el contrario, era bastante diferente la situación en algunos países de nuestro entorno, como Inglaterra, donde, desde la segunda mitad del siglo anterior, se estaban dando importantes pasos para la profesionalización enfermera, entre los que destacan las iniciativas de Florence Nightingale, en especial la instauración, en 1860, de la Escuela del Hospital de Santo Tomás, en la que se lleva a cabo una formación programada y sistemática de enfermeras (Hernandez Martin, Moreno Roy, & Pinar Garcia, 1996; Siles, 1999). También en otros países europeos se pondrán en marcha proyectos de formación enfermera, a ritmos diferentes y con diversidad de modelos, pero ninguno alcanzará el prestigio de la Escuela de Nightingale. En Canadá y Estados Unidos la formación se iniciará más tarde, pero su rápido desarrollo tendrá una gran influencia en la enfermería mundial (Parentini, 2002).

En España, en cambio, no se creará una escuela para la formación de enfermeras hasta 1986, por decisión del cirujano Federico Rubio y Gali, quien conocía en profundidad la Escuela y la obra de Nightingale (Sellán Soto, 2010). En este momento la asistencia sanitaria en nuestro país continuaban prestándola las órdenes religiosas y eran las monjas o los practicantes varones quienes cuidaban a los enfermos en los hospitales. Las enfermeras no religiosas solían poseer escasos conocimientos de la ciencia de curar; su actividad no estaba regulada como sanitaria; eran consideradas sirvientas de hospital y la percepción social sobre ellas era muy negativa (Siles, 1999).

La regulación en España de la profesión enfermera, que se demora tanto como la de otras muchas actividades basadas en la condición femenina, se efectúa en 1915 (REAL ORDEN del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, de 7 de mayo de 1915, aprobando el Programa para la enseñanza de la profesión de Enfermera), a instancias de la congregación religiosa de las Siervas de María que se dedicaba al cuidado de los enfermos. Esta normativa autoriza

a ejercer la profesión a quienes acrediten el conocimiento de setenta temas, pertenezcan o no a comunidades religiosas (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999; Álvarez Nebreda, 2002). Hasta 1932, sin embargo, no se establecerá el que debió ser el primer Programa Oficial que constaba de 34 lecciones (Zabala, 1988).

De este modo, la enfermería mantuvo durante mucho tiempo un carácter vocacional religioso, confiriéndole un matiz de dedicación desinteresada que condicionó su reconocimiento como profesión (Siles, 1999; Zapico & Adrián, 2008).

Dos años después de la regulación del título, en 1917, se crean en Barcelona otras dos escuelas para formar enfermeras, Santa Madrona y Mancomunitat de Catalunya. Entre estas y el comienzo de la Escuela de la "Casa Salud de Valdecilla", en 1929, es posible que existiera alguna escuela más en Barcelona y otras instituciones docentes, como las de Cruz Roja, que presentaban características diferentes y connotaciones específicas (Domínguez, 1986; Siles, 1999).

En esta fase inicial de desarrollo formativo y profesional enfermero se dan en nuestro país dos diferencias fundamentales respecto al modelo Nightingale. Por una parte, la profesión fue en la mayoría de los países fundamentalmente femenina, mientras que en España había también practicantes que solían ser varones; por otra, fueron las enfermeras quienes lo lideraron y protagonizaron, mientras que en España lo hicieron las órdenes religiosas y la profesión médica (Domínguez, 1986).

En este contexto un tanto desolador, en el seno de la "Casa de Salud Valdecilla" (en adelante CSV), se crea la Escuela de Enfermeras que constituye el objeto de esta tesis.

El proyecto de construcción y organización de la CSV había comenzado a gestarse en 1918, pero fue interrumpido poco tiempo después por falta de recursos económicos y de interés por llevarlo a buen fin. Será retomado y modificado en 1927, a iniciativa y con el apoyo económico del Marqués de Valdecilla. El complejo hospitalario que se inaugura en el mes de agosto de 1929, constaba no sólo de edificios para el ingreso de los enfermos, consultas, servicios centrales sanitarios, administrativos, de limpieza y cocina sino también para residencia de médicos internos, alumnas y enfermeras.

La CSV constituyó una novedad en el panorama hospitalario español de la época ya que iba a desempeñar funciones tanto asistenciales como docentes, investigadoras y de asistencia social (Una gran obra universitaria. La Casa de Salud Valdecilla, de Santander. 1929; Una gran obra universitaria. La Casa de Salud Valdecilla, de Santander. II y último. 1929); también lo fue en cuanto su organización funcional y administrativa. Para dirigir, tanto el hospital como la EE, son nombrados dos de sus Jefes de Servicio: el neuropsiquiatra Wenceslao López Albo y el ginecólogo Manuel Usandizaga (Salmón Muñiz, 2004).

Uno de los aspectos organizativos de la CSV que más rompe con el funcionamiento habitual de los hospitales de la época es que la responsabilidad, tanto del cuidado de los enfermos como de la formación de las alumnas de la EE, recae sobre enfermeras laicas, en lugar de sobre una comunidad religiosa. Se contratan para ello enfermeras diplomadas, tres de las cuales ocuparán los puestos de Inspectora de Enfermeras, Jefa de Acción Social y Jefa de Enfermeras y Subdirectora de la EE; estos dos últimos cargos serán ostentados por M^ª Teresa Junquera (Salmón Muñiz, 2004). Estas enfermeras fueron pensionadas por la CSV, al igual que el personal médico, para realizar estudios en el extranjero (Salmón Muñiz & García Ballester, 1986).

La EE fue una de las estructuras que focalizó la función docente de la CSV y constituyó, desde el principio, un elemento fundamental del proyecto.

Cuando Wenceslao López Albo se hizo cargo de la organización científica de la CSV, fue bien consciente de que el hospital general que él pretendía organizar, requería de un personal de enfermería sólidamente formado y profesionalmente competente en los cuidados del enfermo hospitalario. López Albo sabía que era muy difícil encontrar en España unas enfermeras de estas características, porque en ninguna de las escuelas de enfermería existentes en nuestro país se desarrollaba el programa de formación con esta orientación. Por ello, desde el principio contempló como una parte fundamental de su proyecto, la creación de una EE que garantizara a la CSV el suministro de profesionales de estas características. El modelo de enfermera que López Albo buscaba y admiraba, estaba fuera de las fronteras de nuestro país, <<en los hospitales extranjeros donde tan gran desarrollo ha adquirido la carrera de enfermera>>. No era otro que el modelo anglosajón de enfermería profesional nacido en Inglaterra a mediados del siglo XIX y que había adquirido un especial dinamismo en EEUU a partir de la década de 1890. No podía ser de otro modo. El modelo de Nightingale se había convertido para aquellas fechas en el paradigma de la enfermería profesional en todo el mundo (Salmón Muñiz, García Ballester, & Arrizabalaga, 1991), p. 238-40.

De este modo, el inicio de la EE supuso “el hasta entonces más relevante esfuerzo por introducir en la organización hospitalaria española, el modelo de enfermería anglosajón” (Salmón Muñiz & García Ballester, 1986), p. 235; ya que aunque el título oficial de enfermera hubiera sido regulado catorce años antes, su posesión no garantizaba la formación de quienes lo poseían y no produjo cambios en la realidad laboral: los cuidados al enfermo continuaron prestándose básicamente por religiosas, que no solían ser enfermeras, o por otro tipo de personal sin la adecuada cualificación, con lo que el término “enfermera” no definía en nuestro país a un colectivo profesional cualificado y homogéneo (Siles, 1999).

De la falta de cualificación de la enfermería española de la época era bien consciente Usandizaga, y así lo manifestó en varias ocasiones:

En España es muy frecuente el que se tenga una idea falsa de lo que es la profesión de enfermera. Unas veces se denomina enfermeras a las criadas que prestan servicios en los Hospitales; otras, a personas que adquieren un título con una limitada preparación teórica, después de una corta asistencia a consultorios y salas de operaciones, donde, cuando más, se inician en la técnica de la asistencia quirúrgica.

Ninguno de esos dos tipos corresponde a lo que debe ser la enfermera, a lo que es en los países en que el “Nursing” ha alcanzado un alto grado de perfeccionamiento (Usandizaga, 1929, p. 15).

Como hemos apuntado, la formación en la EE se basó en el modelo Nightingale de Enfermería. Para María Teresa Junquera, las escuelas basadas en él debían reunir tres condiciones:

formar parte de un hospital, para que las enfermeras pudieran adquirir experiencia profesional; ser un internado, puesto que sólo así se consigue inculcar en las alumnas la disciplina y la alta educación moral que la profesión requiere; y por último, la estancia en ella debe ser prolongada para que la formación de la enfermera sea perfecta (Junquera, 1929, p. 15):

Afirmaba Junquera que las normas establecidas por Nightingale continuaban siendo la base de la educación de las enfermeras en el mundo entero y concretaba las características de la enseñanza en las escuelas, en las que las alumnas permanecían internas durante tres años y para cuyo ingreso se exigía un título equivalente al bachillerato español o una prueba de conocimientos análogos:

El programa teórico comprende todas las materias médicas en su aplicación al cuidado de los enfermos, así como prácticas de laboratorio y un curso completo de moral profesional.

Las alumnas desempeñan diariamente el trabajo práctico en todos los servicios del hospital, bajo la dirección de las enfermeras tituladas, y pasan, en los tres años de internado, por todas las especialidades.

En un cuarto curso de 6 meses para post-graduadas, se forman enfermeras especializadas en Sanidad pública, visitadoras escolares, servicio social e industrial, instructoras en escuelas de enfermeras, anesthesiadoras, etc. (Junquera, 1929, p. 15).

La organización de la Escuela comienza de inmediato. El día 10 de noviembre de 1929 se aprueban los Estatutos fundacionales de la CSV y los días 19 y 20 aparece en la prensa local y nacional la convocatoria de un concurso para la provisión de las plazas de las alumnas (Anuncio Casa de Salud Valdecilla. Santander. Escuela de Enfermeras 1929; Anuncio Casa de Salud Valdecilla. Santander. Escuela de Enfermeras. 1929a; Anuncio Casa de Salud Valdecilla. Santander. Escuela de enfermeras. 1929b). Se informa en los anuncios que la convocatoria permanecerá abierta hasta el día 10 del mes siguiente y se remite a las interesadas en obtener más información a la Subdirectora de la EE. La incorporación de las cinco primeras alumnas se produce el día 27 de enero del año siguiente y se extiende hasta el 20 de mayo, momento en que se alcanza la cifra prevista de cincuenta (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012b) que constituirán la primera promoción de la EE.

A pesar de la extensa historia de la EE y de la influencia que, sin duda, ha tenido en el desarrollo de la profesión y de la disciplina enfermera de nuestro país, apenas existen estudios y publicaciones que analicen y divulguen su inicio, evolución y desarrollo. Solamente se han publicado algunos documentos y artículos sobre sus comienzos (Usandizaga, 1944) o sobre temas puntuales (Nespral, 1997; Nespral, 1998; Nespral, 2004; Nespral, 2005b) y breves comentarios sobre ella en la bibliografía sobre la historia de la Enfermería o de la CSV. Lo más extenso y documentado son veinte páginas del libro sobre los orígenes de la "Casa de Salud Valdecilla" (Salmón Muñiz, García Ballester, & Arrizabalaga, 1990), pp. 235-54.

Esta situación ha sido una de las principales motivaciones para la realización de esta tesis sobre la EE; motivación que se ha despertado y acrecentando por mi extensa vinculación a ella como alumna, entre los cursos 1967/1970, y, como profesora, desde 1988, siendo su directora entre 1996 y 2008.

Con toda certeza, otros factores, tanto personales como profesionales, han influido también en este interés por profundizar en su conocimiento, como mi identidad femenina y mi condición de enfermera que me impulsan a tratar de comprender la influencia que esta identidad ha tenido en la formación enfermera y en el desarrollo de una profesión que, en gran medida, puede ser un reflejo de la evolución de la situación de la mujer.

Realicé en la EE mi formación inicial como enfermera en un momento en que el régimen de internado era severo; las jornadas de trabajo penosas y prolongadas y se aprendía por ensayo/error, sin nadie que asumiera la responsabilidad de la formación de las alumnas; las normas disciplinarias eran rígidas, llevaban consigo continuas amenazas y castigos y suponían el control de todos los aspectos de nuestra vida cotidiana. El recuerdo de esta experiencia ha

ido acompañado siempre de sentimientos contradictorios: negativos, por el rechazo de muchas de las vivencias de los tres años de internado y positivos, por el descubrimiento de una profesión con la que me he sentido identificada y a la que he dedicado mi vida profesional.

Cuando años más tarde retorné a la EE como profesora percibí que algo de su “espíritu”, de su cultura, continuaba aún presente, a pesar del tiempo transcurrido y de las transformaciones que se habían producido en la sociedad, en la formación enfermera y en mi vida.

El largo período de tiempo que llevo en ella ha dulcificado, en parte, el recuerdo y me ha suscitado el interés por recuperar y conservar archivos, documentos, imágenes y experiencias que den cuenta de su historia y permitan desentrañar y comprender los ingredientes que han configurado su origen y evolución hasta el momento actual.

La ausencia de investigaciones sobre la historia de la EE se me hizo patente cada vez que necesitaba escribir sobre ella para la prensa, revistas o cualquier otro medio; lo que me obligó a indagar sobre la documentación existente y a descubrir que era mucha la que se conservaba, sobre todo relativa al alumnado, gracias al esfuerzo e interés de Teresa Manrique, quien, ocupando diferentes puestos de trabajo hasta el actual de Administradora, permanecía en ella desde 1968.

Durante los años que ejercí la dirección de la EE iniciamos la organización y archivo de la documentación que revisamos más profundamente y ampliamos con motivo de la celebración del 75 aniversario de la EE. En este momento realizamos también una entrevista a las tres alumnas de la primera promoción que aún vivían, a propuesta de Fernando Salmón, catedrático de Historia de la Medicina de nuestra Universidad.

De este modo, en 2009, cuando se dieron las condiciones, tanto personales como académicas, para plantearme realizar la tesis, no tuve ninguna duda sobre cuál era el tema que me interesaba estudiar. Por un lado había la posibilidad de llevarla a cabo, ya que existía documentación disponible y, por otro, tanto la EE como la Universidad me autorizaban a utilizarla.

Pretendo en este estudio analizar la configuración, evolución y desarrollo de la Escuela de Enfermería de la “Casa de Salud Valdecilla” y de la formación impartida en ella entre 1929 y 2010.

Para ello, desde un enfoque histórico, se rescatarán y analizarán fuentes bibliográficas, documentales y gráficas que aporten información sobre el surgimiento, organización y desarrollo de la EE y de la formación, evaluando sus logros y dificultades. La investigación histórica se complementará con el análisis del contenido de las entrevistas a estudiantes pertenecientes a diferentes momentos formativos, en las que, a través de sus experiencias, se buscará dar sentido e iluminar los acontecimientos, acciones e interacciones descritos en los capítulos anteriores y responder de forma más exhaustiva a los objetivos planteados en la investigación.

La tesis doctoral está estructurada en diez capítulos. Tras esta introducción en la que se describe el planteamiento y diseño de la investigación, se desarrollan tres capítulos sobre el contexto histórico y social en el que se inicia y desarrolla la EE. Así, en el primero, se expone una panorámica de la situación histórica y social española del siglo XX, dedicando dos apartados a las políticas sanitaria y educativa. En el segundo se indaga en la evolución de la situación de la mujer en España, en especial en los momentos y aspectos que, por su especial relevancia, han contribuido a perfilar la identidad femenina y, en el tercero, se exploran los antecedentes y el proceso de profesionalización enfermera, desarrollando más ampliamente su evolución en nuestro país.

En el capítulo cinco se expone la metodología utilizada para llevar a cabo este estudio, cuyos resultados se exponen en los capítulos seis, siete y ocho que tratan sobre la EE y constituyen los elementos centrales de la investigación. El primero de ellos se inicia con la descripción del origen y evolución de la CSV, puesto que la EE ha permanecido vinculada a ella hasta finales de la década de los ochenta, para pasar a continuación a relatar y analizar la organización de la EE, y las características de la formación que se ha impartido en ella durante toda su trayectoria. En el capítulo siguiente se analizan los nueve textos para la formación de enfermeras que dirigió Manuel Usandizaga: seis Manuales de la Enfermera publicados entre 1934 y 1952 y tres Manuales de la Enfermera y el Practicante, publicados entre 1958 y 1970. En el último de estos capítulos se examinan las experiencias de las protagonistas de la formación, a partir de las entrevistas realizadas a tres alumnas de la primera promoción y de las aportaciones de tres grupos triangulares de otras tantas promociones, en los que participaron ocho alumnas y un alumno.

En los dos últimos capítulos, nueve y diez, se analizan e interpretan los hallazgos encontrados y se exponen, a modo de síntesis, las conclusiones a las que se llega como producto final del trabajo que comienza en las páginas siguientes.

Finalmente, se incluye la relación de las referencias y tres apéndices, con los acrónimos utilizados, el guión utilizado para las entrevistas y la categorización de las mismas.

CAPÍTULO 2:

EL CONTEXTO HISTÓRICO Y SOCIAL A LO LARGO DEL SIGLO XX



Realizar una contextualización histórica del período de tiempo en que se desarrolla la Escuela resulta imprescindible para comprender su inicio y evolución durante los más de 80 años de existencia, ya que el contexto sociopolítico y cultural y los importantes cambios experimentados durante este período de tiempo han determinado y tenido una clara repercusión en el inicio y desarrollo de la formación Enfermera en España y en particular en la Escuela “Casa de Salud Valdecilla”.

El objetivo de este capítulo es presentar una secuencia cronológica de la historia política y social española en el siglo XX, ofreciendo una panorámica sucinta y privilegiando los momentos decisivos, así como dedicando dos apartados específicos a los aspectos directamente relacionados con el tema de estudio, como lo son la evolución de las políticas sanitarias y educativas a lo largo de este período de tiempo.

De este modo, el conjunto del capítulo se articula en tres grandes apartados:

- El contexto político y socioeconómico.
- La política educativa.
- La política sanitaria.

2.1. EL CONTEXTO POLÍTICO Y SOCIOECONÓMICO.

2.1.1. El inicio de siglo: la Monarquía liberal (1899-1930).

Durante el primer tercio del siglo XX la sociedad española se tornaba moderna, cambiaba las costumbres, se secularizaba, y elevaba su nivel educativo; las ciudades doblaban su población; las mujeres iniciaban su acceso a la Universidad y comenzaban a engrosar las cifras de la población activa; las clases medias se expandían y buscaban nuevas fórmulas políticas; las empresas aumentaban, los obreros se organizaban en grandes sindicatos y los empresarios en uniones económicas, y la agricultura se modernizaba (Moradiellos, 2000; Valdeón Barunque, Pérez, & Juliá Díaz, 2006). El país estaba experimentando un intenso proceso de desarrollo económico, demográfico, social y cultural y una expansión de la educación a una velocidad inédita en la historia española hasta ese momento, lo que generó un enorme incremento de las expectativas, no sólo políticas, sino sociales y económicas (Payne, 2008).

En 1930 la población española había aumentado de forma exponencial, alcanzando la cifra de 23,5 millones de habitantes (sobre los 18,6 millones de 1900), crecimiento demográfico que era debido sobre todo al descenso de la mortalidad, ya que la natalidad también estaba disminuyendo. Los campesinos abandonaban la tierra, ya no para tomar el barco que les llevaría a otros mundos, sino para dirigirse a las ciudades; por primera vez la población activa agraria (45,5%) era inferior a la suma de la población empleada en la industria y en los ser-

vicios (26,5% y 28% respectivamente), lo que estaba originando un proceso de urbanización acelerada que equilibraba la distribución de la población entre las áreas rurales y urbanas. Al mismo tiempo la tasa de alfabetización se acercaba al 70% y se producía un importante desarrollo de todas las ramas del conocimiento, incluidas las artes, y de la actividad profesional (Moradiellos, 2000; Valdeón Baruque et al., 2006).

La clase obrera comenzaba a organizarse en sindicatos de orientación anarquista y revolucionaria como la *Confederación Nacional del Trabajo* (CNT), o socialista como la *Unión General de Trabajadores* (UGT), quienes comenzaron a transformar las viejas sociedades de oficio en sindicatos de industria y, esta última, organizando junto con el *Partido Socialista Obrero Español* (PSOE) casas del pueblo. Al mismo tiempo la nueva clase profesional dirigía su mirada hacia las formaciones políticas que iban surgiendo: los partidos *Reformista y Radical*, el *Partido Nacionalista Vasco* (PNV) y otros varios partidos nacionalistas en Cataluña (Valdeón Baruque et al., 2006).

Este cambio social tan importante chocaba con un sistema político construido para una sociedad rural y un mundo estático, de crecimiento lento y bajo control, basado en una monarquía constitucional. Alfonso XIII había sido coronado en 1902 y, durante las tres primeras décadas del siglo, se produce en la presidencia del Gobierno una continua rotación de los partidos dinásticos liberales y conservadores (en 5 años once cambios de Gobierno y ocho de presidente), partidos en los que, al mismo tiempo, proliferaban las facciones y las disidencias. Esta inestabilidad gubernamental produjo una gran ineficiencia y supuso la deslegitimación generalizada del sistema, lo que además de aumentar la discrecionalidad del monarca en la elección del presidente de Gobierno, ofreció a la corona un amplio campo para hacer política. Debido a ello hubo una gran conflictividad social y se sucedieron las movilizaciones y las huelgas, a las que el Gobierno respondió alternando medidas conciliadoras y represivas (Moradiellos, 2000; Tusell, 2007a).

Durante este período de tiempo se llevan a cabo varias regulaciones legales que mejoran tanto las condiciones laborales como algunos aspectos sociales. Se establece el descanso dominical, la disminución de la jornada en trabajos peligrosos, la eliminación de los salarios en especie y se crea el *Instituto Nacional de Previsión* (INP); además, se dictan medidas de protección a la infancia y a la emigración y de impulso a la educación en todos los niveles dirigidas, especialmente, a la dotación de pensiones para cursar estudios en el extranjero y a la organización de centros de investigación superior (Valdeón Baruque et al., 2006). Sin embargo, el tradicional régimen monárquico se mostraba incapaz de integrar en el sistema político a las nuevas burguesías y clases medias obreras generadas en ese rápido proceso de modernización y había renunciado a remover los obstáculos estructurales, como el sistema de propiedad agraria del sur del país, que entorpecían el desarrollo socioeconómico (Tusell, 2007a).

Como resultado de las tensiones sociales y políticas que esta situación planteaba e incapaz de hacer frente a los conflictos obreros, a la presión del creciente nacionalismo catalán y vasco, a las demandas democratizadoras de las pequeñas y medianas burguesías, y a la resistencia popular a la cruenta guerra marroquí, el régimen de la restauración entra en una grave crisis institucional a partir del verano de 1917. Esta situación, y la parálisis e indecisión del monarca y del Gobierno, será aprovechada por Miguel Primo de Rivera, Capitán General de Cataluña, para llevar a cabo un golpe de estado, en 1923, e implantar una dictadura militar que arrasa con la Constitución que Alfonso XII había decretado en 1876 (Moradiellos, 2000; Tusell Gómez & Fusi Aizpurúa, 2007; Tusell, 2007a; Valdeón Baruque et al., 2006).

La Dictadura logra una precaria estabilidad, pero no consigue articular una solución para integrar a las nuevas clases sociales generadas por el desarrollo económico; de modo que, a medida que empezaba a notarse en España el impacto de la gran depresión internacional de 1929, el Ejército se muestra incapaz de contener el crecimiento de la oposición antimonárquica y experimenta graves rupturas internas que van agotando su capacidad de gestión gubernativa y su unidad de propósitos políticos. En paralelo se desencadena un rápido proceso de politización y de extensión del movimiento republicano en el que confluyen diferentes partidos, incluidos los monárquicos, y al que también se incorporan representantes del PSOE y de UGT (Moradiellos, 2000).

En 1930 dimite Primo de Rivera, el Rey nombra otro gobierno y se convocan elecciones municipales, en un intento de retorno gradual al sistema parlamentario previo, que se celebran el día 12 de abril de 1931. La consulta se convirtió en un plebiscito popular sobre la monarquía y demostró, súbita e inesperadamente, los fuertes apoyos obtenidos por la conjunción republicano-socialista, ya que los votos de cuarenta y una de las cincuenta capitales de provincia fueron antimonárquicos. Ante este imprevisto resultado, falto de suficientes apoyos sociales y sin el respaldo unánime del Ejército, Alfonso XIII suspende el ejercicio de la potestad real y abandona el país cediendo el poder a un Gobierno provisional republicano-socialista que proclama pacíficamente, dos días después, la Segunda República (Moradiellos, 2000; Tusell, 2007a; Tusell, 2007b).

2.1.2. La República democrática (1931-1939).

La proclamación de la República, además de ser una sorpresa, se convierte en una fiesta. En el mes de julio las elecciones a las Cortes Constituyentes refrendan la conjunción republicano-socialista. Sin embargo, las disensiones en el seno del Gobierno pronto comenzarán y se sucederán varios intentos de golpe de estado hasta el que culmina en la guerra civil.

Entre 1931 y 1933, al tiempo que la depresión internacional acentuaba su impacto sobre la frágil economía española, la coalición, con Manuel Azaña como Jefe de Gobierno y ministro de Guerra, puso en marcha un ambicioso programa de reformas sociales e institucionales: elaboró una Constitución democrática (diciembre de 1931); separó la Iglesia del Estado; reformó el Ejército; concedió un Estatuto de Autonomía a Cataluña; comenzó la reforma agraria en el sur del país, y promulgó una legislación civil (divorcio y sufragio femenino) y laboral progresista (Tusell, 2007b).

El reformismo gubernamental tuvo que hacer frente a la reacción conservadora, bajo la forma de una eficaz oposición parlamentaria del nuevo gran partido católico *Confederación Española de Derechas Autónomas* (CEDA) y a la línea insurreccional que la CNT mantuvo durante todo el período. Desde principios de 1933 el agravamiento de la crisis económica y del paro obrero, en su mayoría jornaleros del sur, junto a la pérdida de apoyo social y de iniciativa política agotaron la capacidad del Gobierno para proseguir con su ambicioso programa reformista. Como resultado de esta situación, y gracias a la abstención anarquista y a la desunión del PSOE con los republicanos de izquierda, triunfan ampliamente la CEDA y el Partido Republicano Radical, de tendencia conservadora, en las elecciones generales celebradas en noviembre (Tusell, 2007b).

El nuevo Gobierno radical que preside Alejandro Lerroux y que apoya en las cortes la CEDA, anula o paraliza las reformas progresistas y se suceden las huelgas y las represiones consiguientes y, en el mes de octubre de 1934, los socialistas convocan una huelga general contra la entrada de ministros de la CEDA en el Gabinete que es secundada por las autorida-

des autónomas catalanas y adquiere en Asturias carácter revolucionario que es aplastado por la enérgica actuación del Ejército, al mando del General Franco. A la derrota de la izquierda obrera y catalanista le sigue una intensificación de las contrarreformas del Gobierno, en el que ocuparía la cartera de Guerra el líder de la CEDA, José María Gil Robles, quien, en mayo de 1935, nombraría a Franco Jefe de Estado Mayor (Moradiellos, 2000).

A lo largo de 1935 el conflicto entre republicanos conservadores y clericales cedistas sobre el alcance político de la contrarreforma y la propia continuidad de la república democrática va erosionando la precaria coalición gubernamental. Al mismo tiempo, los republicanos de izquierda promueven la reconstrucción de una alianza electoral – el *Frente Popular* – para retornar al poder, en la que participan el PSOE, la UGT, el *Partido Comunista* (PCE) y otros partidos de izquierdas y que cuenta con el voto tácito de los anarquistas. El *Frente Popular* obtiene una ligera victoria en las elecciones generales que hay que convocar debido a la crisis gubernamental, en febrero de 1936, y ocupa el poder un Gobierno republicano presidido por Azaña (Valdeón Barúque et al., 2006). Sin embargo, la apretada victoria obtenida motiva la primera tentación golpista seria por parte de Franco, que busca la autorización del Gobierno y del Presidente de la República para declarar el estado de guerra. La tentativa se frustra y el Gobierno de Azaña ordena su traslado a las islas Canarias (Moradiellos, 2000).

El Gabinete frentepopulista reanuda el programa de reformas estructurales en un contexto de creciente depresión económica y de fuerte tensión social, agravado por el sabotaje patronal y por una potente movilización sindical reivindicativa en las ciudades y en el campo latifundista. En tan grave coyuntura, el movimiento socialista se paraliza por luchas internas y por la división entre prietistas y caballeristas sobre la conveniencia de entrar en el Gobierno para reforzar su gestión o presionar desde fuera, lo que resta un crucial y urgente apoyo social y político a las autoridades republicanas que sólo cuentan con un PCE poco implantado, ya que los anarquistas han vuelto a su línea revolucionaria insurreccional (Moradiellos, 2000).

En contraste con la fragmentación de las izquierdas, todos los partidos derechistas (desde la CEDA hasta la *Falange*, el nuevo y minúsculo partido fascista fundado por el hijo del exdictador, Jose Antonio Primo de Rivera) fueron cifrando unánimemente sus últimas esperanzas de frenar la reforma social, a través de un golpe militar que se produjo durante los días 17 y 18 de julio (Valdeón Barúque et al., 2006).

2.1.3. El franquismo (1936-1975).

El régimen político español encabezado por el general Francisco Franco y denominado genéricamente *franquismo*, *régimen franquista* o *dictadura franquista* tuvo como característica fundamental su extensa y prolongada duración cronológica y vigencia temporal. Fue un sistema de dominación institucional que rigió los destinos de la economía, la sociedad y la cultura española durante casi cuarenta años. Durante este amplio lapso de tiempo se desarrolló y cambió de forma pero manteniendo siempre su condición de dictadura personal (Moradiellos, 2000).

El franquismo tuvo sus orígenes en la sublevación de una facción del Ejército contra el Gobierno de la Segunda República que estaba en una posición de tal debilidad, por las disensiones internas de los partidos políticos, las luchas por la hegemonía sindical y las amplias y extensas movilizaciones obreras, que no pudo hacerse con el control de la situación. El golpe de estado se fraguó en Pamplona dirigido por el general Emilio Mola, cuyo plan consistía en orquestar una sublevación simultánea de todas las guarniciones militares para tomar el poder en pocos días y previo aplastamiento enérgico de las posibles resistencias. Los días 17 y 18 de julio de 1936 los conspiradores pasaron a la acción, y Franco, que estuvo desde el primer mo-

mento en contacto con la conjura, asumió su función dentro del plan golpista de dominar las islas Canarias y pasar después a Marruecos, para ponerse al frente de las mejores tropas del Ejército español. Sin embargo la insurrección militar reaccionaria no fue un éxito y se convirtió en una cruenta guerra civil librada entre julio de 1936 y abril de 1939 (Moradiellos, 2000).

El 1 de abril de 1939 Franco consiguió poner fin a la guerra civil con una victoria rotunda, absoluta e incondicional que habría de ser la columna vertebral sobre la que se erigió su larga dictadura. A partir de ese momento, el franquismo, disfrutaría de una prolongada vida y vigencia hasta su ocaso a finales de 1975, con motivo del fallecimiento de su titular, momento en que se iniciaría un precario proceso de transición política hacia un régimen pluralista democrático y parlamentario.

El Ejército, origen de la dictadura y elemento indispensable para la victoria en la guerra civil, continuó siendo hasta el final la columna vertebral de dicho sistema. Fue el arma disuasoria y el instrumento de represión y formación ideológica de la sociedad (Moradiellos, 2000). El franquismo contó, también, con los apoyos de la Iglesia y de la *Falange Española Tradicionalista y de las JONS* (FET y de las JONS), sin los que el dictador no hubiera podido sobrevivir a las crisis, a las presiones exteriores, a la oposición política, a las protestas obreras y a la soledad del mando (García de Cortázar, 2009).

La Iglesia mostró su gratitud por la restitución de los privilegios perdidos durante la república, proporcionando un catolicismo militante y beligerante que convirtió a Franco en un emisario de Dios para la defensa de la patria católica. La FET y de las JONS, tercer pilar del entramado político-institucional del régimen, sería el instrumento clave para organizar a sus partidarios, suministrar fieles servidores administrativos y encuadrar y controlar a la sociedad civil a través de sus órganos dependientes: la Organización Sindical, la Sección Femenina y el Frente de Juventudes (Moradiellos, 2000).

De entre los principios ideológicos básicos del franquismo destacaban cinco ideas motrices: 1. Un nacionalismo español unitarista, centralista y antiseparatista; 2. La fobia antiliberal y antidemocrática muy arraigada e identificada especialmente con la oposición a la masonería; 3. La hostilidad beligerante contra el comunismo y sus cómplices; 4. La profesión de fe católica de carácter ortodoxo, integrista y tridentino; y 5. Un rígido conservadurismo social tradicionalista y reaccionario (Alonso & Conde, 1994; Moradiellos, 2000).

Existe práctica unanimidad al considerar que el conjunto de la etapa histórica del franquismo puede dividirse, como mínimo, en dos grandes períodos diferenciados, y que los años 1957-1960 marcan el hito divisorio entre ambas fases; el 57 por la resolución de la grave crisis política con el nombramiento de un nuevo Gobierno, el 59 como testigo de la aprobación de las medidas económicas del Plan de Estabilización, o incluso el 60, con los primeros efectos tangibles de la estabilización y liberación (Payne, Mateos, & Soto Carmona, 2005; Tusell, 2007c). Sin embargo no existe acuerdo historiográfico definitivo sobre las fases que se perfilaron en el devenir cronológico de la dictadura, aunque la mayoría de los autores establecen entre 3-5 períodos, excluido el de la guerra civil, aun considerando que esta etapa fue decisiva en la configuración y establecimiento de la dictadura (Fusi Aizpurúa, 1995; Moradiellos, 2000; Payne et al., 2005; P. Preston, 2006; Tusell, 2007c). Siguiendo a Moradiellos (2000), se ha optado por la periodización en las 5 etapas, además de la correspondiente a la guerra civil:

- 1936-1939. La rebelión militar, la revolución social y la guerra civil.
- 1939-1945. El nacional-sindicalismo y la construcción del nuevo estado.

- 1946-1953. El nacional-catolicismo, el aislamiento y la reintegración internacional.
- 1954-1959. La lenta salida de la autarquía y el desarrollismo económico.
- 1959-1969. El desarrollismo tecnocrático y la expansión económica.
- 1969-1975. El tardofranquismo y la crisis y agonía del régimen.

2.1.3.1. La rebelión militar, la revolución social y la guerra civil (1936-1939).

El levantamiento militar contra el Gobierno de la República que comenzó en Marruecos el 17 de julio de 1936, se propagó de inmediato por casi todas las guarniciones peninsulares e insulares. Cuatro días después los militares sublevados habían implantado su dominio sobre todas las colonias y una amplia zona del oeste y centro peninsular, un reducido núcleo andaluz y la mayoría de las islas. Sin embargo, la rebelión había sido aplastada en dos grandes zonas separadas entre sí: la zona centro-sur y una aislada franja norteña. Los sublevados habían triunfado en la España rural y agraria y fracasado en la más modernizada, incluyendo la capital, lo que les obligaba a emprender su conquista mediante verdaderas operaciones bélicas, el golpe militar devenía así en una cruenta guerra civil (Moradiellos, 2000).

En las zonas de España donde la sublevación militar logró sus objetivos, el poder quedó en manos del Ejército, cuyo primer acto jurídico consistió en crear la *Junta de Defensa Nacional*. La *Junta* asumió todos los poderes del Estado y la representación del país ante las potencias extranjeras; declaró el estado de guerra en todo el territorio nacional; tipificó como rebeldes a todos los que colaboraran o defendieran al gobierno de la República, y transfirió todos los poderes del Estado y, al general de división Francisco Franco, el mando de las fuerzas armadas; iniciando así su conversión en el representante absoluto del Estado y la personificación de la autoridad. Se creaba con ello una dictadura militar de poder personal pleno y soberano, ilimitado e indefinido que fue acatada sin discusión por los partidos derechistas afines. Comenzaría así a configurarse el franquismo (Moradiellos, 2000; Valdeón Baroque et al., 2006).

A partir de este momento se van definiendo las condiciones para regular el ejercicio de ese poder. En primer lugar, en abril de 1937, se unifican y se integran en la FET y de las JONS - sostén político del nuevo Estado - todas las fuerzas políticas civiles que luchaban al lado de los militares. Al año siguiente Franco nombra su primer Gobierno, con la presencia equilibrada de militares, falangistas y católicos; ratifica legislativamente su condición de dictador y completa el proceso de centralización uniformadora y jerarquización piramidal. Durante este año se aprueban también el *Fuero del Trabajo* y la *Ley de Prensa* (en vigor hasta 1966) y se dictan una serie de medidas legislativas, dirigidas a gratificar a la Iglesia por su apoyo, que fueron anulando las reformas republicanas y que entregaban al clero el control de las costumbres civiles y de la vida cultural e intelectual del país (Moradiellos, 2000).

Todas estas medidas se tradujeron en la destitución, encarcelamiento y fusilamiento de las autoridades civiles nombradas por el Gobierno republicano; en la detención o eliminación física de los dirigentes sindicales y partidistas afines a él y en la ilegalización de los partidos y sindicatos de izquierda, a los que se les incautaron sus bienes y propiedades. Se prohibieron las huelgas y reuniones que eran consideradas como "delito de lesa patria" porque perturbaban la normalidad de la producción y se establecieron el toque de queda y el control de todo movimiento de civiles así como la censura previa y el derecho de veto sobre los directores de los medios, entre otros muchos aspectos que completarían el dirigismo informativo de la España franquista (Moradiellos, 2000).

La desintegración política interna de la República fue paralela al avance de las tropas franquistas y culminó con el colapso total de la resistencia republicana. En los primeros momentos la dirección de la guerra estuvo a cargo de los dos principales sindicatos que obligaron a ceder, en el mes de septiembre, la presidencia del gobierno a Largo Caballero, dirigente de la UGT; unos meses después, en el mes de mayo de 1937, el Presidente de la República, Manuel Azaña, volverá a entregar la dirección política y militar de la guerra a los socialistas, nombrando a Juan Negrín presidente del Consejo. Éste formó un gobierno según el modelo del Frente Popular, con el doble objetivo de asegurar la defensa en el interior y forzar una mediación internacional que obligara a Franco a suspender las hostilidades (Moradiellos, 2000).

La no consecución del apoyo exterior, los fracasos bélicos que dividieron en dos el territorio republicano y las disputas hegemónicas entre socialistas y comunistas, entre otras muchas dificultades y desacuerdos, mostraron la imposibilidad del ejército republicano para ganar la guerra. En el mes de marzo de 1939, tras el reconocimiento por Francia y el Reino Unido del gobierno de Franco y la dimisión de Azaña, se constituye un *Consejo Nacional de Defensa* con el propósito de pactar las condiciones de la rendición, pero Franco se negó a ofrecer garantías a los vencidos.

De este modo, el 1 de abril de 1939, Franco puso fin a la guerra civil con una victoria rotunda, absoluta e incondicional que habría de ser la columna vertebral sobre la que se erigió su larga dictadura (Moradiellos, 2000).

2.1.3.2. El nacional-sindicalismo y la construcción del nuevo estado (1939-1945).

La victoria franquista restaura el orden social anterior a la Segunda República, recupera los valores tradicionales del viejo régimen y descarga sobre la mayoría de la sociedad la penuria y la represión (Alonso & Conde, 1994). Para institucionalizar y mantener indefinidamente su régimen, Franco concentra en sus manos los poderes legislativos y ejecutivos (Payne et al., 2005; P. Preston, 2006; Tusell, 2007c). Crea, en 1942, las *Cortes Españolas* como órgano sólo consultivo y de participación del pueblo español en las tareas del Estado, y regula la aplicación de una férrea política de represión y depuración de los elementos hostiles o desafectos: la *ley de Responsabilidades Políticas*, aplicada retroactivamente para delitos cometidos desde la revolución de octubre de 1934, y la *ley de Represión de la Masonería y del Comunismo*. Ambas se utilizaron para la extirpación, por muerte, exilio o cárcel, de quienes habían combatido en las filas republicanas (en 1940 se habían producido, al menos, 300.000 muertos, otros tantos exiliados y casi tantos prisioneros políticos); y el castigo, las purgas y el despojo de los bienes a sus familias (Moradiellos, 2000; Valdeón Baruque et al., 2006).

Además de reprimir y depurar, las nuevas autoridades regularon todas las actividades sociales y económicas. Su política se manifestó en el reaccionarismo conservador y arcaizante impuesto en la vida social y económica y en la recatolización forzada de la cultura, las costumbres y la educación. Las disposiciones que se fueron tomando supusieron la desarticulación de las organizaciones de resistencia y reivindicación de la clase obrera y del campesinado y el empeoramiento de sus condiciones de trabajo, así como la derogación de todas las reformas dictadas por la República en el terreno legal, familiar, intelectual y educativo (divorcio, educación laica, coeducación, etc.) (García de Cortázar, 2009; Moradiellos, 2000; Valdeón Baruque et al., 2006).

De la disciplina y el control de los trabajadores y de la regulación de las relaciones laborales se encargó la *Organización Sindical Española* (OSE), un entramado sindical creado en 1940 y dominado por la burocracia falangista al que dos años más tarde fueron obligados a afiliarse todos los productores (empresarios, técnicos y trabajadores). La orientación expan-

sionista de la FET y de las JONS fue también patente en la política de ocupación de puestos estatales y de penetración social de masas (Payne et al., 2005), a través de la conversión de tres de sus organizaciones sectoriales en instituciones estatales monopolistas: el *Sindicato Español Universitario* (SEU), la *Sección Femenina* y el *Frente de Juventudes*.

El SEU, creado en septiembre de 1939, se convirtió en el único sindicato de estudiantes universitarios, constituyendo el instrumento fundamental de vigilancia y control gubernativo entre los alumnos. En 1940 tenía 52.886 afiliados y tres años más tarde la *Ley de Ordenación Universitaria* reguló la sindicación obligatoria de todos los estudiantes universitarios. El SEU se disolvió tras las movilizaciones universitarias de 1965 (Moradiellos, 2000).

La *Sección Femenina* contaba con 600.000 afiliadas al terminar la guerra y estaba dirigida por Pilar Primo de Rivera. En ese momento Franco le encomienda las funciones de movilización, encuadramiento y formación política y profesional de las mujeres afiliadas, aunque el fin último era formar a la mujer con sentido cristiano y nacionalsindicalista. Al año siguiente, 1940, se instituye la obligación para todas las mujeres de entre 17 y 35 años, de prestar un Servicio Social de un mínimo de 6 meses de duración. Llegaron a cumplirlo hasta el 90% de las españolas concernidas, ya que el certificado de haberlo prestado se hizo imprescindible para ejercer una profesión, obtener un título académico e, incluso, para el carnet de conducir y el pasaporte. A partir de 1959 la *Sección Femenina* comienza a perder influencia y militancia (Moradiellos, 2000).

El *Frente de Juventudes* se crea en 1940 para encargarse de la formación y encuadramiento de los jóvenes, organizados por tramos de edad y sexo, estando los grupos de mujeres a cargo de la *Sección Femenina*. Llegaría a superar el millón y medio de movilizados y se iría centrando en la organización de actividades deportivas y excursionistas. A partir de 1961 se convertirá en la *Organización Juvenil Española* (OJE) (Moradiellos, 2000). El control de la educación se entregó a la Iglesia, quien se ocupó de asegurar el papel primordial de la cultura católica en la enseñanza oficial, tanto preuniversitaria como universitaria, y de garantizar y extender el libre funcionamiento de la enseñanza privada. También formó parte de esta política el expurgo de libros, la depuración de maestros, la pérdida de cátedras y las sanciones. Finalmente, para garantizar que la ciencia sea rotundamente católica se funda el *Centro Superior de Investigaciones Científicas* (CSIC) que se deja en manos del Opus Dei (De Puelles Benítez, 2002; De Puelles Benítez, 2004; Mones y Pujol Busquets, 2006).

Represión, reglamentación y recatolización se complementan con el aislamiento exterior y la ruptura de los vínculos establecidos durante los decenios anteriores. Esta situación fue determinada por ingredientes de muy diversa índole, como la política de industrialización autárquica, el rechazo internacional y factores ideológicos del propio régimen. También, sin duda, contribuyó a ello el estallido de la guerra europea pocos meses después de la victoria franquista y la postura de Franco ante ella que fue variando desde la neutralidad, acompañada de una pública identificación oficial con la causa alemana, a la no beligerancia, para acabar ofreciendo entrar en la guerra, ofrecimiento que fue despreciado por Hitler, y apoyándola explícitamente mediante el envío al frente ruso de un contingente de voluntarios y oficiales de la División Azul. Unos años después, en 1943, Franco trataría de sobrevivir al hundimiento del fascismo en Europa decretando la neutralidad de España y plegándose a las exigencias anglo-americanas. Sin embargo, a pesar de estas operaciones de cosmética neutralista, la derrota de Alemania en mayo de 1945 supuso para el régimen franquista el inicio de un largo purgatorio en el plano internacional (Moradiellos, 2000).

La guerra civil supuso un freno y un retroceso para el desarrollo de nuestro país. A consecuencia de ella la población española quedó físicamente diezmada y exhausta y alrededor de la mitad era potencialmente hostil al régimen. Fue este un tiempo de silencio para las familias de los vencidos y de hambre, desnutrición crónica y miseria para la gran mayoría de los españoles. Escaseaban el trabajo y las viviendas urbanas y había graves privaciones en vestimenta, transporte, alumbrado y servicios sanitarios y educativos. Se incrementaron la mendicidad, el chabolismo, las enfermedades, las epidemias (tuberculosis, tifus, difteria, paludismo, pelagra, ...) y la mortalidad (Alonso & Conde, 1994; Moradiellos, 2000).

La infraestructura productiva también había sido dañada seriamente y provocaba carencias de todo tipo. La persistente represión política y la férrea disciplina laboral desarticuló la oposición sindical o partidista de la clase obrera. Las relaciones laborales eran tuteladas por el Estado y no estaban permitidas las negociaciones y actuaciones colectivas. Las condiciones laborales fueron durísimas y la explotación generó amplios beneficios para las empresas; los salarios, sin embargo, sufrieron un descenso brutal (del 40-60%) frente al aumento exagerado de los precios (un 300%), lo que produjo un descenso marcado del nivel de vida en el 80% de la población (Moradiellos, 2000).

Además no había bienes de consumo y el acceso a los escasos existentes se realizaba fuera de los circuitos legales del mercado, mediante la autoproducción de ropa, la búsqueda de alimentos en el campo y el mercado negro. La Cartilla de racionamiento, de alimentos, tabaco y gasolina, implantada en 1939 y vigente hasta 1953, favorecía la aparición de un paralelo y floreciente mercado negro de precios inflados (el “estraperlo”). La situación que se vivía era de una profunda desigualdad, especialmente difícil para los trabajadores y agricultores y, en cambio, los viejos aristócratas y los nuevos ricos del estraperlo, acumulaban rentas y beneficios.

La situación financiera era también desesperada y la política económica emprendida por el gobierno de fuerte intervención estatal y búsqueda de la autosuficiencia y autofinanciación, ocasionó una profunda depresión económica que duró más de una década (la renta per cápita descendió marcadamente, llegando a ser de 9.750 pesetas en 1945, muy por debajo de las 14.660 pesetas de 1935) (Alonso & Conde, 1994; Castillo Castillo, 1987; Moradiellos, 2000).

En estas circunstancias y con una oposición exterior desperdigada y dividida y, la interior, desmantelada y perseguida no hubo manifestación pública de oposición política o social, sólo un rechazo pasivo y resignado y una actividad guerrillera de las tres grandes fuerzas obreras que floreció entre 1943 y 1948. Sobre este trasfondo miserable se desplegaba una política de movilización de masas a través de los distintos servicios de Falange y de las ceremonias públicas orquestadas por el nacionalcatolicismo; los años de miseria fueron también los de más intensa propaganda falangista y católica (García de Cortázar, 2009).

2.1.3.3. El nacional-catolicismo, el aislamiento y la reintegración internacional (1946-1953).

Los primeros años de esta etapa fueron aciagos para España y los españoles. El triunfo de los aliados en la Segunda Guerra Mundial supuso el comienzo del rechazo internacional para el régimen franquista, se sucedieron las manifestaciones en contra del mismo, tanto en la prensa como de la opinión pública, y se produjo una declaración conjunta de las tres grandes potencias vencedoras sobre la “cuestión española”. Tampoco se invita a España a la conferencia fundacional de la *Organización de Naciones Unidas* (ONU), al contrario, se veta expresamente su ingreso en ella; se recomienda a los embajadores el abandono de sus puestos y se proponen medidas diplomáticas para forzar la caída del régimen. También Francia cierra sus fronteras con España durante más de dos años (Moradiellos, 2000; Valdeón Baruque et al., 2006).

Ante esta difícil situación emprende el régimen una serie de medidas políticas, de aparente liberalización democrática, no sólo para contrarrestar el aislamiento y mejorar su imagen internacional sino para continuar su consolidación consiguiendo el apoyo de la Iglesia y de los círculos católicos y anticomunistas y desactivando la amenaza de la oposición monárquica y republicana. El régimen transita desde la hegemonía nacional-sindicalista a la nacional-católica y a una progresiva liberalización económica; todo ello sin cambios sustanciales, sin reducir un ápice su poder omnímodo ni la represión y reavivando entre sus partidarios la memoria y los odios de la guerra civil (Moradiellos, 2000).

A lo largo de 1945 se promulgan dos nuevas leyes: el *Fuero de los españoles* y la *Ley de Referéndum*, que abre un mecanismo de consulta política a los españoles mayores de 21 años. El *Fuero* era un sucedáneo de una carta de derechos civiles y libertades democráticas, sin ningún riesgo para la seguridad del régimen, ya que supeditaba el ejercicio de los derechos a la protección de los "principios fundamentales del Estado" (art. 12) y de la "unidad espiritual, nacional y social de España" (art. 33). Además estos derechos podían ser suspendidos temporalmente por el Gobierno, en la medida y durante el tiempo que considerara conveniente.

Dos años más tarde, en 1947, se publica la ley de *Sucesión a la Jefatura del Estado* que, entre otros aspectos, define el régimen político español como "Estado católico, social y representativo que, de acuerdo con su tradición, se declara constituido en reino". Un reino muy especial que concedía a Franco, de modo vitalicio, la Jefatura del Estado y su derecho a designar sucesor. Un año más tarde se acordaría con el heredero del trono, don Juan de Borbón, que su hijo y heredero dinástico, Juan Carlos de Borbón y Borbón, que tenía 10 años en ese momento, fuera educado en España bajo la tutela y supervisión directa de Franco (Moradiellos, 2000; Valdeón Baroque et al., 2006).

A partir de ese momento la política exterior comienza a dar unos frutos que permiten al país sobrevivir, aunque la rehabilitación del régimen será parcial y limitada y conllevará un importante coste económico y político para España: no recibirá la ayuda económica americana para la reconstrucción – Plan Marshall – y será excluida, también, de las conversaciones sobre defensa conjunta que darán origen un año más tarde al Tratado del Atlántico Norte y a la creación de la *Organización del Tratado del Atlántico Norte* (OTAN).

El proceso de rehabilitación del franquismo se inicia un año más tarde firmando un acuerdo comercial y financiero con Francia y otro comercial con Gran Bretaña; se completa en 1950, al revocar la V Asamblea de la ONU la resolución condenatoria de 1946, aunque hasta cinco años más tarde no se permitirá la entrada de España su entrada en la organización. Sin embargo comienza a ser admitida en la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), la *Food and Agriculture Organization* (FAO), la *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura* (UNESCO) y en la *Organización Internacional del Trabajo* (OIT).

Al final de esta etapa, debido a la posición estratégica de España para la defensa de Europa occidental firma con Estados Unidos tres acuerdos económicos y defensivos de diez años de duración que suponen una ayuda económica limitada y una relación militar subordinada y dependiente a cambio del establecimiento y utilización de las instalaciones militares. Al mismo tiempo se consolidan las relaciones con el Vaticano y se firma un Concordato con la Santa Sede (Moradiellos, 2000).

En el ámbito interno los primeros cinco años fueron una continuación de la etapa precedente, de depresión y estancamiento económico, retroceso en la producción agrícola y carencia de suministros básicos para la industria. Esto se reflejaba, particularmente, en los sectores populares,

en los que persistían las hambrunas, la miseria y las privaciones materiales. La renta per cápita no consiguió superar hasta 1955, con 15.360 pesetas, la de 1935 (Castillo Castillo, 1987). España era por estas fechas uno de los países más pobres y subdesarrollados de Europa y sus niveles de bienestar social y consumo público eran incluso inferiores a algunos países latinoamericanos (Moradiellos, 2000). Esta situación comenzará a cambiar, lenta y gradualmente, a partir de 1951. En 1953 desaparece la Cartilla de Racionamiento, disminuye el estraperlo y se normaliza el mercado de productos de primera necesidad, aunque la mejora se acompaña de una fuerte inflación.

Pero el decenio de 1950 sobresale sobre todo por el máximo esplendor del nacional-catolicismo, por un lado, y de la Organización Sindical, por otro. El nacional-catolicismo se convirtió en la ideología oficial del Estado y el patrón normativo de la conducta moral pública y privada del conjunto de la sociedad española, sirviendo para legitimar el franquismo y ratificar la participación de la Iglesia en la gestión del Estado. El poder de la Iglesia se manifestó en múltiples aspectos de la vida política y social: en el gran número de cargos de órganos superiores del régimen que ocupó el clero; en el volumen de vocaciones; en el amplio abanico de medios de comunicación y organismos sostenidos por la Iglesia; en su amplia red de colegios privados; en la obligatoriedad de la enseñanza católica en las instituciones educativas estatales; en el control del aparato censor, o en el gran número de organizaciones de laicos y seglares que patrocinaba, entre otros (Moradiellos, 2000).

La sociedad continuaba estando férreamente controlada por el régimen franquista a través de sus variados organismos de encuadramiento popular y de un sistema represivo militarizado sumamente eficaz; a pesar de ellos se producen movilizaciones obreras y populares importantes, en las fábricas textiles de Manresa, en 1946 y en la gran industria vizcaína secundada, al año siguiente, por más de 20.000 trabajadores, que fue tan fuertemente reprimida que extinguió durante varios años la conflictividad abierta, a pesar de las ínfimas condiciones laborales y salariales.

La oposición antifranquista, en cambio, tanto la interna como la del exilio, fragmentada e impotente, vivió una auténtica y dolorosa travesía del desierto (Moradiellos, 2000). En este contexto comienza a aparecer lentamente un movimiento de protesta vertebrado sobre las nuevas generaciones obreras y estudiantiles, desvinculadas de las organizaciones sindicales y políticas tradicionales, que aprovechan el marco legal ofrecido por la estructura sindical franquista y las organizaciones católicas de apostolado obrero. Su primera acción de masas fue el boicot de tranvías de Barcelona, en 1951; el éxito de esta acción propició unos meses después una huelga contra el aumento del coste de la vida que paralizó virtualmente Barcelona. Pero la represión volvió a ser tan eficaz que, nuevamente, debería pasar tiempo antes de que volviera a surgir un movimiento de protesta popular (Moradiellos, 2000).

2.1.3.4. La lenta salida de la autarquía y el desarrollismo económico (1954-1959).

Este quinquenio constituye una etapa de transición entre el viejo modelo autárquico, cuya crisis es inocultable y el tecnocrático y desarrollista de la década siguiente (Alonso & Conde, 1994). La liberalización del mercado exterior provocó un aumento de la demanda de productos que tuvo efectos considerables en la reanimación de la actividad económica y que, sin embargo, produjo una saturación de la oferta de algunos productos manufacturados, como los textiles, ya que eran los alimentos la demanda prioritaria. Para mantener el ritmo de actividad industrial hubo de aumentarse la capacidad de consumo, mediante incrementos salariales que, además, frenarían la protesta social que había comenzado a manifestarse. Pero esta medida disparó una galopante inflación, agravada por desequilibrios en la balanza comercial y la carencia de divisas y medios de pago internacionales, que habría de llevar a la economía española al borde del abismo en 1957 (Moradiellos, 2000).

En este momento el nuevo Gobierno de Carrero Blanco, compuesto por varios ministros del Opus Dei, se embarca en un triple esfuerzo: completar el perfil institucional del régimen bajo la fórmula de monarquía tradicional, fomentar la eficacia y coordinación administrativa del Estado y promover una reforma económica que optara decididamente por el crecimiento, basado en la apertura exterior y en la iniciativa privada libre. Estas iniciativas se plasmaron en el Plan de Estabilización y Liberalización, aprobado en 1959, que Franco aceptó como imprescindible, a pesar de las serias dudas que le concitaba. El Plan consiguió rápidamente sus objetivos básicos; a finales del año se había evitado la bancarrota financiera, se había recuperado la reserva de divisas y había aumentado notablemente el volumen de inversión extranjera, lo que propició la subida sostenida de la renta nacional (Alonso & Conde, 1994). Con ello la economía española entró en una fase de crecimiento, desarrollo y expansión espectacular y sin precedentes, lo que vino a definirse como el "milagro económico español" (Moradiellos, 2000).

El malestar social se manifestó durante este período en varios ámbitos. En la Universidad de Madrid se produjeron, en el mes de febrero de 1956, enfrentamientos entre falangistas y opositores al régimen que precipitaron una crisis política y ministerial de gran alcance simbólico: se suspenden durante tres meses, en todo el territorio nacional, varios artículos del Fuero de los Españoles; se clausura la Universidad y se detiene a varios estudiantes, profesores e intelectuales, y se produce el cese fulminante del ministro de Educación, Ruiz Jiménez, al que se considera responsable de los disturbios (Moradiellos, 2000).

También la minería asturiana es escenario de recurrentes huelgas locales y sectoriales que son seguidas masivamente y aportan un nuevo mecanismo de representación obrera que iba a tener gran éxito en el futuro: la comisión de obreros elegida entre los huelguistas, al margen del sindicato oficial, para plantear sus reclamaciones directamente a la empresa. Ante la intensidad del movimiento huelguista vuelve Franco a decretar, en 1958, la segunda suspensión del Fuero de los Españoles y el estado de excepción en la región durante cuatro meses (Moradiellos, 2000).

En esta época se forja, también, el grupo operativo *Euzkadi Ta Askatasuna*: Patria Vasca y Libertad (ETA), alrededor de la revista *Ekin* (Acción) que se constituye en 1959 como "movimiento revolucionario de liberación nacional" (Moradiellos, 2000).

2.1.3.5. El desarrollismo tecnocrático y la expansión económica (1959-1969).

El éxito económico del Plan de Estabilización contribuyó a relanzar procesos paralelos de racionalización administrativa y de institucionalización política que iniciaron las bases de un Estado del bienestar, bajo formas autoritarias y con notable retraso respecto a los países de nuestro entorno. De este modo, el régimen político que había interrumpido durante más veinte años el proceso de modernización económica y social iniciado a finales del siglo XIX, se erigiría en su nuevo promotor y patrocinador. En consecuencia, la nueva etapa de desarrollo productivo y de diversificación socio-profesional iba a ponerse en marcha y a ser rentabilizada por un régimen político inmovilista y ajeno a esa dinámica, lo que muy pronto había de crear graves tensiones internas en el país, ya que se estaba generando condiciones sociales y culturales profundamente discordantes con un sistema político cada vez más anacrónico e inadecuado a su propia realidad socioeconómica (Moradiellos, 2000).

Estas contradicciones también se pusieron de manifiesto en el seno del Gobierno, a través de las luchas internas y la fractura entre las "familias" del régimen: los *inmovilistas*, con Carrero Blanco a la cabeza, y, los *aperturistas* representados por los ministros falangistas y católicos. Estos lograron algún triunfo, como la aprobación de las leyes *de Prensa e Imprenta*, en

1966, que reconocía, con muchas limitaciones, el derecho a la libertad de expresión y suprimía la censura previa; así como la de *Libertad Religiosa*, al año siguiente (Moradiellos, 2000).

En este período se dictan también otras importantes leyes: la *de Bases de la Seguridad Social*, en 1963, que amplía los mecanismos de cobertura social con cargo al Estado y unifica los seguros de previsión y protección pública (de enfermedad, vejez, viudedad, etc.), y la *Orgánica del Estado*, en 1967, que constituye la última y más importante de las Leyes Fundamentales, destinada a asegurar la continuidad del régimen en forma de monarquía autoritaria. En julio de 1969 las Cortes aprueban el nombramiento de don Juan Carlos, como sucesor de Franco al frente de una “Monarquía del Movimiento Nacional”, continuadora perenne de sus principios e instituciones. Lo dejó todo “atado y bien atado” según declaró en su mensaje televisado de fin de este año (Moradiellos, 2000).

Durante la década nuestro país va a presenciar una serie de cambios bruscos que afectarán a la estructura económica y productiva, a la demografía, al proceso de urbanización y a la emergencia de nuevos grupos y clases sociales, todos ellos inscritos en el desarrollo de un modelo de capitalismo tecnocrático y dependiente que va conformando una nueva sociedad española con imperfecciones, desajustes sociales y contrastes territoriales que hacen rebrotar el malestar social y demuestran un cambio notable en la hasta entonces desesperanzada, pasiva y sumisa sociedad española (Alonso & Conde, 1994; Moradiellos, 2000).

Se configura una nueva estructura de clases, con una clase obrera urbana, rejuvenecida, de empleo fijo y cada vez más cualificada que será la protagonista de la creciente conflictividad que acompaña al desarrollo industrial y económico de los últimos quince años de franquismo. Al mismo tiempo, se produce el crecimiento y consolidación de una clase media muy diversificada internamente; podría decirse que esta clase se incorpora definitivamente a la empresa capitalista y al Estado. Todo ello mantiene y profundiza las desigualdades sociales y los desequilibrios territoriales y quiebra la hegemonía de la oligarquía terrateniente que es reemplazada por las nuevas fuerzas provenientes del capital financiero y de la burguesía industrial y comercial (Moradiellos, 2000).

Los efectos sociales de este rápido crecimiento y cambio estructural se manifiestan con celeridad: crecimiento demográfico al ritmo más elevado de toda su historia; cambio radical en las principales ocupaciones productivas de la población activa, multiplicación del sector secundario, diversificación de la industria, transformaciones en la producción y en la localización, desarrollo del sector de servicios y disminución de la población activa agraria por el abandono de unos dos millones de trabajadores en la década. Con ello, cientos de miles de españoles abandonan su lugar de nacimiento para desplazarse a las grandes zonas industriales de España (cambian de residencia unos 4,5 millones mayores de 10 años); se produce una intensa, impuesta y abrupta urbanización que da origen a los nuevos barrios de inmigración obrera en los arrabales del perímetro urbano y a las ciudades dormitorio de la periferia suburbana, en los que se inician las primeras promociones públicas de viviendas para acomodar a las primeras oleadas. Otros muchos españoles emigran a Francia, Suiza y Alemania (entre 1960 y 1972 hubo más de 100.000 emigrantes anuales y llegó a haber más de 800.000 permanentes y un número similar de temporales). Esta emigración mejora la economía por las cifras elevadas de remesas que llegan y alivia sustancialmente el paro interior que empieza a producirse (Alonso & Conde, 1994; Moradiellos, 2000; Valdeón Barúque et al., 2006).

Otra trascendente manifestación de los cambios que se estaban produciendo vino dada por la incorporación de la mujer a la actividad productiva remunerada, propiciada por la necesidad de mano de obra debida al vacío dejado por la emigración. Esta situación supuso un cambio cualitativo para la mujer porque repercutiría en su papel social y la dotaba de mayor

autonomía frente a la tutela ejercida hasta ese momento por sus padres o maridos. En igual sentido tuvo influencia la creciente educación recibida por las mujeres en esta época.

Toda esta compleja situación favorece la secularización y la apertura de la vida social del país, de las costumbres tradicionales y de las normas sociales; la sociedad se hace más laica y permisiva (Alonso & Conde, 1994); tiene mayor acceso a la escolarización; aumenta la esperanza de vida (de 69,9 años en 1960 a 73,3 quince años más tarde) (Alcaide Guindo, Alcaide Guindo, García Fernández, & Alcaide Inchausti, 2007), la renta per cápita (de 1042 dólares en 1960 a 1904 al final de la década), y la calidad de vida al mejorar los equipamientos básicos y las infraestructuras, y la sociedad se va instalando progresivamente en la cultura del disfrute del ocio y del consumo masivo, difundidos por el turismo, los emigrantes retornados y la publicidad; una publicidad llena de carga afectiva y simbólica que, en cierto modo, se situaba a contracorriente de la cultura política de la época, lo que la dotó de un especial atractivo y valor positivo. El consumo fue, en gran medida, el canalizador y regulador de las tensiones y conflictos generados por la falta de libertades y la represión de cualquier forma de expresión social y libre de los intereses y deseos (Alonso & Conde, 1994).

Hubo también otros fenómenos que constituyeron cuatro grandes frentes de oposición al franquismo: la conflictividad laboral, la movilización estudiantil, los enfrentamientos con la Iglesia y los nacionalismos catalán y vasco.

La conflictividad obrera se centró inicialmente en reivindicaciones salariales y laborales, inmediatas y concretas pero, con el paso de los años, fue politizándose y agudizando su contenido antifranquista y sirvió de caldo de cultivo para la reorganización o cristalización de viejas o nuevas fuerzas opositoras al régimen, tanto sindicales como partidistas (*Comisiones Obreras* (CCOO); UGT, *Solidaridad de Trabajadores Vascos* (STV); *Unión Sindical Obrera* (USO); *Partido Socialista del Interior* (PSI); *Partido Comunista Obrero Español* (PCOE), y otros partidos rivales de orientación maoísta o trotskista). El punto de arranque del movimiento reivindicativo se situó en 1962 con la huelga asturiana de abril y mayo y se manifestó, sobre todo, en las cinco provincias más industrializadas (Barcelona, Madrid, Vizcaya, Asturias y Guipúzcoa). Desde ese momento, el volumen de conflictividad siguió una tendencia creciente que tuvo sus mayores cotas en 1970, lo que obligaría al régimen a flexibilizar su negativa a la huelga, que no sería regulada hasta mayo de 1975 (Moradiellos, 2000).

La extensión de las disidencias ideológicas en la universidad y la movilización de los estudiantes originaron también verdaderos problemas de orden público, ante los que el franquismo respondió, como siempre, con represión, sanciones, expulsiones, detenciones, torturas, cierre de facultades y universidades. Momento culminante fue la movilización de 1965 en Madrid en la que participaron 5 catedráticos, tres de los cuales fueron expulsados y, los otros dos, suspendidos por dos años. Las protestas se agravarían en 1969 ante la muerte de un estudiante detenido en la Dirección General de Seguridad. Ante ellas se declaró el estado de excepción en todo el país durante dos meses (Moradiellos, 2000).

Los enfrentamientos con la Iglesia comenzaron en 1961 cuando 339 sacerdotes vascos censuraron a sus obispos, por colaborar con un régimen que reprimía las características étnicas, sociales y lingüísticas del País Vasco; a ello le siguieron el exilio forzoso del abad del Monasterio de Montserrat, por denunciar en *Le Monde* la falta de libertades en España, y el inicio, por Ruiz-Giménez, de la publicación de *Cuadernos para el Diálogo*, eje vertebrador de una potencial alternativa demo-cristiana. Al mismo tiempo un cada vez mayor número de sacerdotes, religiosos y seglares apoyaba y participaba en las movilizaciones obreras y en las protestas

por las torturas a estudiantes, y las iglesias se convertían en centros de reunión o refugio de huelguistas y estudiantes. Finalmente, con la negativa de Franco a la petición del Papa de abrir la vía para la reforma del concordato, el franquismo inicia su última fase sin el apoyo unánime de uno de sus pilares institucionales e ideológicos básicos.

El cuarto frente opositor fue el de los nacionalismos catalán y vasco. La fortaleza del nacionalismo catalán comienza a manifestarse a partir de 1960 en que se canta *La Senyera* durante una visita de Franco a Cataluña, y con ocasión de un concierto en el Palau de la Música al que asistían varios ministros, tras lo que la policía arrestó a varias personas. Su implantación en la población se comprueba, también, a través de otras vías, como el uso del catalán como lengua de comunicación principal, durante la celebración de los “Veinticinco años de paz” o en la “diada”, ilegal, el 11 de septiembre de 1964. La revitalización del nacionalismo vasco que comienza siendo un movimiento de protesta de jóvenes universitarios católicos y nacionalistas contra la represión cultural, acaba constituyéndose como movimiento revolucionario que inicia la lucha armada en 1968. Desde ese momento la actividad terrorista se convertiría en el primer problema político y de orden público del franquismo (Moradiellos, 2000).

Mientras, la diplomacia franquista se centraba en aumentar el reconocimiento de España y su integración en los organismos internacionales, con escasos resultados: no consiguió su inclusión en la nueva *Comunidad Económica Europea* (CEE) fundada en 1957; no logró la renovación de sus acuerdos con los Estados Unidos; tampoco que Londres acate las resoluciones de la ONU sobre Gibraltar, y tiene que ceder Ifni y conceder la independencia a Guinea para apaciguar las reclamaciones de Marruecos sobre el Sahara occidental, Ceuta y Melilla.

2.1.3.6. El tardofranquismo y la crisis y agonía del régimen (1969-1975).

Este período constituyó la fase degenerativa de un sistema político ligado a quien lo había encarnado y representado durante más de tres décadas, en el que se hacía cada vez más evidente la tensión en la élite franquista, entre la línea dura de los *inmovilistas* y la flexible de los *aperturistas* que estaba presente en todas las familias, sobre todo en sus generaciones más jóvenes que manifestaban públicamente sus discrepancias.

Estas dos estrategias políticas enfrentadas y la creciente parálisis del gobierno ante el cuádruple desafío al que ya había de enfrentarse en la etapa anterior, abren una crisis política sin precedentes durante la dictadura. El descontento social se manifestó entre 1973 y 1975 por una conflictividad generalizada, tanto en sectores obreros y cualificados, como en las universidades y en organizaciones sociales (vecinales, feministas, juveniles, etc.). Ante las huelgas y protestas el Gobierno continuó respondiendo con el brutal empleo de las fuerzas de orden público (los “grises”) que ocasionaron varias muertes entre los trabajadores; encarcelaron a dirigentes sindicales; intervinieron policialmente las universidades, deteniendo y sancionando a estudiantes y profesores, y toleraron su asalto por grupos de extrema derecha (Guerrilleros de Cristo Rey, Fuerza Nueva...).

Ante las manifestaciones nacionalistas y el terrorismo de ETA las autoridades franquistas desplegaron una intensísima e indiscriminada represión en el País Vasco. Los detenidos eran maltratados, torturados y juzgados por el *Tribunal de Orden Público*. En 1970 el Gobierno decidió, como escarmiento público, juzgar conjuntamente en un consejo de guerra a 16 personas, el llamado *Juicio de Burgos*, que se convirtió en un proceso internacional contra la falta de libertades en España y motivó también una crítica pastoral de los obispos vascos y un pronunciamiento de la Conferencia Episcopal Española a favor de la clemencia y las garantías procesales. La sentencia condenó a muerte a seis acusados, aunque ante las numerosas pre-

siones y peticiones de clemencia, Franco conmutó las penas de muerte. Con motivo del juicio se decretó nuevamente el estado de excepción durante seis meses. ETA, sin embargo, no interrumpiría la actividad terrorista, sino al contrario, tres años más tarde perpetraría un atentado en el centro de Madrid contra Carrero Blanco, el Presidente del Gobierno ("Operación Ogro") (Moradiellos, 2000).

España era en este momento un Estado sumido en graves dificultades y contradicciones, con un régimen autoritario que buscaba ansiosamente fórmulas de legitimación democrática; confesionalmente católico y condenado por la Iglesia; en el que las huelgas estaban prohibidas y proliferaban a millares; garante de la moralidad y buenas costumbres tradicionales y donde se extendían las más modernas y vanguardistas actitudes sociales y concepciones vitales. Además, desde 1973, la vieja receta de vender prosperidad a cambio de democracia era cada vez más inviable, en vista de la severa crisis energética que iba a provocar una recesión económica internacional.

Ante esta situación, Arias Navarro, el nuevo presidente del Gobierno, inicia un tímido reformismo que se manifiesta principalmente en la eliminación casi total de la censura en la prensa, en la permisividad hacia el desnudo femenino en revistas y películas, en la tolerancia de actividades de algunos grupos y dirigentes políticos, en la disminución de la represión y permitiendo abrir canales de participación política a través de asociaciones –sucedáneas de partidos políticos–, de las que se constituyen ocho, básicamente continuistas, siendo la más importante la de *Unión del Pueblo Español* (UPDE) presidida por Adolfo Suárez González. Al mismo tiempo se crean organismos de oposición, como la *Junta Democrática*, con el PC como principal fuerza, y la *Plataforma de Convergencia Democrática* que, articulada en torno al PSOE, consigue apoyos tanto de la derecha como de los pequeños partidos de izquierda. También en Cataluña y en el País Vasco se refuerzan y redefinen los grupos opositores al régimen. También ETA sufriría escisiones en su seno entre los partidarios de la lucha armada y los favorables a la combinación de esta vía junto con la movilización de masas (Valdeón Barúque et al., 2006).

En el ámbito internacional se consigue, por fin en 1970, firmar el *Acuerdo de Amistad y Cooperación* con los Estados Unidos y el *Tratado Comercial* preferente con la CEE y se establecen, así mismo, relaciones diplomáticas con varios países del este de Europa. Sin embargo, el régimen vuelve a experimentar durante estos años un gran aislamiento y rechazo internacional y se agrava, de nuevo, el contencioso con Marruecos sobre el Sahara ante la resolución del Tribunal Internacional de La Haya, en 1975, que reconoce su derecho a la libre autodeterminación. Ante esta situación y para evitar más conflictos, las Cortes franquistas aprueban el abandono de la última colonia en África un día antes de la muerte de Franco.

Durante esta etapa final del franquismo se multiplican los atentados y la represión consiguiente, ya que, junto a ETA, surgen otros dos grupos terroristas: el *Frente Revolucionario Antifascista y Patriótico* (FRAP) y los *Grupos Revolucionarios Antifascistas Primero de Octubre* (GRAPO). En septiembre de 1975 son ejecutados dos miembros de ETA y tres del FRAP; ejecuciones que originan, el 1 de octubre, masivas protestas internacionales y una concentración en la plaza de Oriente en la que el caudillo se dirige a los manifestantes para dar su explicación de los hechos. Este fue el último acto de gobierno de Franco, quien será hospitalizado pocos días después y mantenido con vida, mediante un amplio despliegue técnico, hasta el día 20 de noviembre en que se declara su muerte. Ningún Jefe de Estado significativo, salvo Augusto Pinochet, asistió a su funeral.

Dos días más tarde las Cortes proclaman como rey a don Juan Carlos y se inicia un difícil proceso de reforma del régimen franquista (Moradiellos, 2000).

2.1.4. La transición política de la dictadura a la democracia (1976-1982).

Tras la proclamación del rey comienza en España el llamado “proceso de transición democrática” con el objetivo de desmontar el viejo y anacrónico sistema institucional autoritario y reemplazarlo por otro democrático-parlamentario, congruente con las demandas de participación de la sociedad española y de sus fuerzas políticas y sindicales representativas (Moradiellos, 2000; Moradiellos, 2000; Tusell, 2007c; Valdeón Barúque et al., 2006).

La situación de España en ese momento no auguraba un futuro halagüeño. En plena crisis económica; con las facciones de la dictadura enfrentadas; con un Gobierno franquista presidido por Arias Navarro, y ratificado por el rey, a pesar de que ya había demostrado falta de iniciativa y capacidad para impulsar cualquier reforma, y con un incremento exponencial del número de huelgas y manifestaciones, en las que las habituales medidas represivas estaban ocasionando varios muertos y multitud de heridos entre los trabajadores. Por estas razones y ante la falta de avances en ningún sentido, el rey encomienda al aperturista y falangista Adolfo Suárez, en el mes de julio de 1976, la formación de un nuevo Gobierno. Con su nombramiento comienza la fase decisiva para la instauración de la democracia. Pocos meses después, antes de su disolución, las Cortes franquistas aprueben la *ley para la Reforma Política* que será aprobada en referéndum el 15 de diciembre, por el 94,2% de los votantes, con una abstención del 22,3% del censo.

Mientras tanto los componentes de la *Junta Democrática* y de la *Plataforma de Convergencia Democrática* deciden disolverse para crear un nuevo organismo unitario que se denomina *Coordinación Democrática* (conocida popularmente como la Platajunta) que, en su primer manifiesto, exige amnistía política, plena libertad sindical y una ruptura o alternativa democrática que abra un proceso constituyente. Una comisión de dicha plataforma será la encargada de negociar con Adolfo Suárez las medidas políticas que deben conducir a las primeras elecciones generales libres convocadas en España desde 1936 (Valdeón Barúque et al., 2006).

El proceso de construcción de un régimen democrático fue, pues, fruto del pacto y compromiso entre el Gobierno surgido de la legalidad franquista y las fuerzas de la oposición, con el apoyo expreso de la mayoría de la población española (Moradiellos, 2000). La aceptación de este proceso democratizador tuvo que ver con múltiples factores, entre ellos la crisis económica, ya que los duros ajustes exigidos sólo serían posibles en un marco político estable, legitimado y homologado que satisficiera mínimamente las demandas populares de participación democrática en la gestión del Estado; también la movilización obrera fue un elemento clave para este acuerdo.

Se dieron, también, por parte de la oposición, varios condicionantes que rebajaron sus expectativas de ruptura, tales como su debilidad orgánica y la poca implantación que tenía en términos de militancia. Estas consideraciones se reforzaron, en unos y en los otros, con la comprobación de la fuerza que conservaban los sectores “ultras” en el aparato del Estado (en la policía, por ejemplo) y la potencial capacidad de instrumentación del Ejército para detener el proceso reformista y hacerlo derivar hacia una confrontación violenta o incluso hacia una nueva guerra civil. La consecuente amenaza de involución política actuó como un poderoso correctivo de las demandas maximalistas de la oposición y amplió el margen de maniobra de los sectores reformistas. Finalmente influyó la patente voluntad mayoritaria de la población de cambiar el régimen político pero sin arriesgarse a ninguna violencia general (Moradiellos, 2000).

Mientras se discutían las reglas que regirían el nuevo sistema político, las fuerzas de orden público seguían actuando con su característica brutalidad: tribunales militares instruían suma-

rios relacionados con alteraciones de orden público; había manifestaciones de oposición a la reforma por parte de un sector del ejército, y los grupos de extrema derecha que se quedaban fuera del sistema aprovechaban para extender un clima de pánico en el que pudiera legitimarse el bloqueo de todo el proceso. Durante el mes de enero de 1977 hubo varias provocaciones que se saldaron con el asesinato de un joven, la muerte de una estudiante y el fusilamiento de militantes de CCOO y del PCE, en el que cinco de ellos son asesinados y otros cuatro quedan gravemente heridos; muertes a las que el GRAPO responde con otras. Esta complicada situación aceleró el proceso de negociación y de legalización de los partidos políticos, de modo que el 15 de junio se convocaron ya las elecciones a las Cortes constituyentes. Los electores concentraron los votos en los dos partidos situados a la derecha y a la izquierda del espectro político: *Unión de Centro Democrático* (UCD) y *Partido Socialista Obrero Español* (PSOE), lo que obligó nuevamente a la negociación y al consenso para las reformas que habían de sucederse.

Unos meses después se promulga una amnistía general y se inicia el proceso de elaboración de una Constitución democrática, al tiempo que se pone en marcha el proceso autonómico. La Constitución, aprobada mayoritariamente por las Cortes y en referéndum celebrado el 6 de diciembre de 1978, se basa en los principios de igualdad, libertad y pluralismo político y en un Estado democrático y social de derecho organizado como monarquía parlamentaria. Reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones; consagra el bicameralismo; establece el derecho de huelga, y abre la vía al divorcio, entre otros muchos aspectos. La nueva legalidad tendría su origen en la soberanía del pueblo, la división de poderes del Estado, el reconocimiento de los derechos individuales y la consulta electoral libre y democrática de la ciudadanía para la formación de Gobiernos y Parlamentos. Nada más ajeno a aquél régimen basado en los poderes carismáticos de un caudillo que derivaba su legitimidad de la victoria en la guerra civil, que abominaba de las fórmulas liberal-democráticas y se vanagloriaba de que "en España no hay división de Poderes, sino unidad de mando y de dirección y, bajo ella, orden y jerarquía" (Moradiellos, 2000).

Pero la nueva democracia estaba asediada por numerosos y fuertes enemigos: se incrementaron los atentados terroristas, provocados por ETA y por otros grupos de extrema derecha y extrema izquierda y se produjeron conspiraciones militares e intentos de golpes de Estado. A pesar de que Adolfo Suárez vuelve a ganar otras elecciones en 1979, acaba dimitiendo en enero de 1981; le sucede Leopoldo Calvo Sotelo y, durante su investidura el día 23 de febrero, se produce un nuevo intento de golpe de estado que ponía de manifiesto la fragilidad de las instituciones democráticas. Calvo Sotelo ocupará el cargo durante muy poco tiempo, ya que vuelve a convocar elecciones para el 22 de octubre de 1982, en una de las situaciones más delicadas de la frágil democracia: no se habían superado los efectos de la crisis económica, la inflación no bajaba y las cifras del paro llegaron a alcanzar al 16,5% de la población activa. A ello se añadía la tensión política provocada por el desmoronamiento del partido del gobierno, una nueva conspiración golpista, los continuos golpes del terrorismo de ETA, la incierta conducción del proceso autonómico y los obstáculos que pone Francia para que España se incorpore a la *Comunidad Europea* (CE).

En estas elecciones, el PSOE consigue la mayoría absoluta, con la más alta tasa de participación de las registradas hasta entonces (del 79,8% frente al 68,1 de las anteriores), lo que puede suponer el final el inicio de la consolidación de la democracia en España (Valdeón Baroque et al., 2006).

2.1.5. La consolidación de la democracia (1983 al momento actual).

El triunfo del PSOE en las elecciones de octubre de 1982, con Felipe González al frente del gobierno, finalizó el proceso de transición de la dictadura a la democracia. A partir de este momento pudo desarrollarse una política respaldada por un gobierno dotado de autoridad y poder que consiguió satisfactorios resultados en algunos aspectos: se saneó la economía, aunque el paro no descendió y hubo conflictos sociales por parte de quienes sufrieron el ajuste y la reconversión industrial; se completó el mapa autonómico, las Comunidades Autónomas aprobaron sus estatutos, celebraron elecciones a los respectivos parlamentos y comenzaron a desarrollar sus competencias; se reformó el ejército para hacerlo más eficaz y subordinado al poder civil; se pactó con la Iglesia la financiación de centros educativos, y se obtuvieron más recursos para desarrollar algunas políticas sociales. Además, el 15 de junio de 1985 se produce la integración de España en la CE, lo que simboliza el cumplimiento de la consolidación democrática (Valdeón Barúque et al., 2006).

Sin embargo el malestar se iba extendiendo en la sociedad, malestar que comenzó a manifestarse en el seguimiento masivo de la huelga general convocada en 1988; al año siguiente se revelaron prácticas irregulares en la financiación del partido en el gobierno, tráfico de influencias, cobro de comisiones y enriquecimiento de cargos públicos que mostraban la corrupción del núcleo dirigente y de las instituciones administradas por sus responsables que no encontraron en el PSOE una respuesta clara y contundente sino que sirvieron para iniciar un proceso de escisión en la cima. Contra todo pronóstico, el PSOE volvió a ganar, sin mayoría absoluta, las elecciones de 1993; pero, en las de 1996, el partido de la oposición, refundado siete años antes como *Partido Popular* (PP), invirtió la relación entre los dos partidos y formó gobierno, con el apoyo de los nacionalistas catalanes y vascos.

El PP se mantendría en el poder otros ocho años, ya que conseguiría la mayoría absoluta en las elecciones de 2000, debido a que supieron aprovechar la recuperación económica que se había iniciado seis años antes, con la consiguiente expansión y creación de empleo, cumplimiento de los criterios de convergencia europea, mantenimiento de los derechos de los pensionista, buenas relaciones con los sindicatos y una política encaminada a trenzar una sólida red de poder económico y mediático que se basó en la privatización completa de empresas públicas. Durante esta segunda legislatura presidida por José María Aznar se produce su apoyo a Estados Unidos en la declaración de guerra de Irak (Valdeón Barúque et al., 2006).

En 2004 se produce nuevamente un cambio de partido en el poder, ya que en las elecciones generales celebradas tras los atentados islamistas del 11 de marzo, vuelve a triunfar el PSOE y lo mismo ocurre en 2008; en ambas ocasiones su gobierno será presidido por José Luis Rodríguez Zapatero. Las nuevas políticas desarrolladas por los socialistas en relación a la lucha antiterrorista, el nuevo Estatuto de Cataluña, el matrimonio entre homosexuales, la educación, la igualdad, la atención a las personas dependientes y el aborto, entre otras, junto a la crisis económica y al aumento desmesurado del paro han ampliado la distancia entre los dos grandes partidos de ámbito estatal hasta el punto de romper cualquier posibilidad de acuerdo en torno al futuro de la distribución de poder territorial en España.

La legitimación del Estado español y la consolidación de la democracia se han visto ratificadas por las sucesivas consultas electorales, la estabilidad del sistema de partidos, la bipolaridad política con alternancia de izquierda y derecha al frente del gobierno y el afianzamiento de las instituciones autonómicas, así como por la incorporación a Europa. Y, a pesar de las irreparables erosiones del terrorismo de ETA, la sucesión de escándalos relacionados con la guerra

sucia, la corrupción derivada de la financiación irregular de los partidos y la rudeza que suele dominar las relaciones entre gobierno y oposición. Queda sin embargo abierta la cuestión del encaje de los hechos diferenciales en el Estado español y la reforma de la Constitución que los nacionalistas consideran agotada, por excesivamente estrecha para contener sus nuevas demandas (Valdeón Barúque et al., 2006).

2.2. LA POLÍTICA EDUCATIVA.

Durante el siglo XX se producen dos hechos fundamentales en el sistema educativo español: "el avance en el proceso de escolarización formal de la población en edad escolar hasta su culminación en los años 1980, y el acceso, cada vez más acusado, de la mujer a los estudios secundarios y superiores" (Ruiz de Azúa, 2000), p. 159. En 1900 no llegaba al 60% la población de entre 6 y 12 años que estaba matriculada y más de la mitad de la población mayor de 10 años era analfabeta (Mones y Pujol Busquets, 2006; Ruiz de Azúa, 2000).

Hasta 1821, en que se aprobó por las Cortes el *Reglamento General de Instrucción Pública* no hubo en España una política educativa sino un mosaico escolar constituido por universidades, predominantemente eclesiásticas y, en el otro extremo, escuelas de primeras letras, escasas y mal atendidas por los ayuntamientos. Sin embargo este Reglamento tuvo escasa vigencia (De Puelles Benítez, 2002; De Puelles Benítez, 2004).

Tuvieron que pasar muchos años, hasta la ley de *Instrucción Pública* de 1857 (ley Moyano), para que se consolidara un sistema educativo estatal financiado con fondos públicos. Los principios inspiradores de esta ley fueron: obligatoriedad escolar desde los seis a los nueve años, también para la mujer; gratuidad de la primera enseñanza para los niños pobres; libertad de enseñanza limitada; monopolio del Estado en la enseñanza universitaria – que se mantendrá hasta 1983 –; centralización y uniformidad – que perdurará hasta 1978 –, y secularización de la enseñanza. La ley reproduce la estratificación social: el pueblo llano puede acceder a la instrucción elemental; las clases medias y superiores cursarán la enseñanza secundaria y una parte muy pequeña de éstas, la superior; divide en dos etapas tanto la enseñanza primaria como la secundaria y establece para la tercera enseñanza los estudios de facultad (filosofía, ciencias, farmacia, medicina, derecho y teología), enseñanza superior (ingenierías, bellas artes, diplomática y notariado) y enseñanza profesional (veterinaria, profesor mercantil, náutica, maestros de obras, aparejadores, agrimensores y maestros de primera enseñanza). Así mismo, inicia la formación de maestros. Esta ley sufrirá innumerables cambios y reformas en los planes de estudio, en la duración de la escolaridad obligatoria o en los diferentes niveles educativos, pero su estructura institucional permanecerá invariable durante más de cien años, hasta 1970 (De Puelles Benítez, 2004).

Sin embargo, durante el último tercio del siglo XIX se produce un movimiento de renovación pedagógica, en especial a través de la *Institución Libre de Enseñanza* (ILE), que encuentra un buen caldo de cultivo en los períodos de libertad política. La ILE fue un proyecto educativo singular y privado, aunque de vocación pública, que pretendía la modernización de España a través de un nuevo modelo de formación general que unía en un solo proceso la enseñanza primaria y secundaria.

El proyecto se inicia en 1876 y comienza su difusión pública; en 1907 crea la *Junta para la Ampliación de Estudios* (JAE), una de cuyas principales funciones fue la de enviar profesores españoles pensionados a Europa; dos años más tarde se crea la *Escuela de Estudios Superiores del Magisterio* y, en 1918, el *Instituto-Escuela* dedicado a la formación del profesorado y a la

puesta en marcha experimental del proyecto de formación. El proyecto de la ILE va penetrando progresivamente en el sistema educativo e incorporando a la educación ideas innovadoras de la psicología y pedagogía científicas; los métodos intuitivos, creativos y activos; la conexión entre teoría y práctica; la coeducación y el acceso de la mujer a todos los niveles de enseñanza; los jardines de infancia; las colonias escolares; el movimiento higienista, y los viajes y estancias en el extranjero, entre otros muchos aspectos. Este proyecto se interrumpe en 1936 con la Guerra Civil (De Puelles Benítez, 2004; Molero Pintado, 2000; Viñao, 2004).

Al inicio del siglo XX la posibilidad de cursar la enseñanza secundaria y superior estaba muy condicionada por la categoría socio-económica de las familias. Podría decirse que coexistían por entonces dos sistemas educativos: uno, para las familias de clase media y alta, que enviaban a sus hijos a los centros privados de Bachillerato para luego ingresar en la Universidad; y otro, para los sectores sociales menos favorecidos, cuya educación se limitaba, en el mejor de los casos, al nivel primario impartido en las escuelas públicas, y al aprendizaje de un oficio. Esta concepción elitista de la enseñanza empezó a cambiar en los primeros años de la Segunda República, pero la Guerra Civil y el establecimiento del estado franquista acabaron con las expectativas de una escuela más democrática (Ruiz de Azúa, 2000).

La Segunda República mostró desde el inicio un gran interés por la educación y contó para ello con la colaboración y los conocimientos de gran número de profesores y personalidades de la cultura, así como con el respaldo de un vasto movimiento de opinión. Con el objetivo de modernizar la enseñanza, encarga la redacción de una ley de educación basada en la realización efectiva del derecho a la educación como responsabilidad del Estado; en la aplicación del principio de igualdad y en una educación de carácter cíclico, laica, pública y gratuita en los primeros niveles. El proyecto no llegó a aprobarse y no hubo tiempo de llevarlo a cabo debido al alzamiento franquista (De Puelles Benítez, 2004; Mones y Pujol Busquets, 2006).

El triunfo del franquismo supuso el retorno a los esquemas tradicionales que llegaron a una especie de paroxismo (Mones y Pujol Busquets, 2006). La educación tuvo durante este período un papel fundamental con la misión de formar un “hombre nuevo” y fue un fiel reflejo del estado confesional católico, en el que se unía la exaltación del sentimiento nacionalista con una concepción fundamentalista de la religión; constituyendo, además, un campo de enfrentamiento entre la Falange Española, portavoz de la orientación totalitaria del nuevo régimen, y la Iglesia católica que pretendía ser la principal agencia social de la educación. A estos elementos se sumó una pedagogía unidimensional, presidida por valores de autoridad, jerarquía, orden, disciplina y aristocratismo (De Puelles Benítez, 2004).

Los primeros pasos del franquismo se orientaron en dos direcciones: dismantelar la obra progresista republicana mediante la drástica depuración del profesorado, de los libros de texto y de las bibliotecas escolares, y elaborar nuevas leyes, en su mayoría sectoriales. Las reformas comenzaron en el bachillerato, en 1938, que se hace más selectivo, con el objetivo de formar a las nuevas clases dirigentes. En 1943 se ordena la Universidad, lo que supuso un triunfo para la Falange, ya que consiguió que toda su organización se sometiera a sus principios y se subordinara a sus intereses y valores. La regulación de la educación primaria dos años más tarde es un modelo de exaltación confesional, al crear una tipología de escuelas de la Iglesia (De Puelles Benítez, 2002; De Puelles Benítez, 2004) y, entre otros muchos aspectos, definir como materias escolares prioritarias la Historia de la Patria, la Formación del Espíritu Nacional, la Religión y el Catecismo, la Historia Sagrada y asignaturas de Labores y Enseñanzas del Hogar que servirían para que en “las niñas brille la feminidad más rotunda”. Así mismo, la separación física de niñas y niños fue obsesiva y trascendió a los contenidos de los textos con mensajes

que expresaban, de manera tajante y reiterativa, la peligrosidad que conllevaba la proximidad de hombres y mujeres, excepto dentro de la santa institución familiar (Dueñas, 2005).

A partir de la década de los sesenta la sociedad española inicia una profunda transformación económica y sociocultural que exige una reforma política en el mismo sentido, inadmisibles en ese momento. El sistema educativo muestra también su incapacidad para dar respuesta a las nuevas necesidades sociales, siendo especialmente problemática la situación de la Universidad. Se opta, sin embargo, por una huida hacia delante que, lejos de profundizar en las reivindicaciones políticas, aborda como un problema, exclusivamente, técnico la situación de la Universidad que se difumina y engloba en una reorganización estructural del sistema educativo (De Puelles Benítez, 2002; De Puelles Benítez, 2004). Con esta pretensión y, también, con la de modernizar y renovar desde arriba el sistema educativo se dicta la ley *General de Educación* de 1970 (ley Villar Palasí). Esta ley establece por primera vez la autonomía universitaria, los departamentos como el centro de la vida docente e investigadora en ella, la necesidad de carreras de ciclo corto y la conveniencia de reforzar el tercer ciclo universitario. Tras la ley se produce una explosión estudiantil en todos los niveles, especialmente en los estudios universitarios, a pesar de que el sistema estaba marcado de profundas desigualdades (Ruiz de Azúa, 2000).

La Constitución de 1978 recoge expresamente el derecho a la educación y la obligatoriedad y gratuidad de la enseñanza básica en un sistema educativo dual, público y privado, así como la libertad de enseñanza bajo el control de los poderes públicos y la autonomía universitaria. En los años siguientes, especialmente en la etapa de gobierno socialista (1982-1996), se lleva a cabo un ambicioso programa centrado en la consideración de la educación como servicio público, aunque abierto a la iniciativa privada, e instrumentado por el constante incremento de la oferta escolar en los niveles obligatorios. La escolarización, obligatoria y gratuita, se amplía hasta los 16 años y se mantienen los precios en la universidad; además, se lleva a cabo una política de educación compensatoria dirigida a mejorar la educación infantil y de adultos y la integración de discapacitados, marginados, desfavorecidos y habitantes de zonas rurales. Para ello se dictan numerosas leyes orgánicas que acometen una profunda reforma del sistema educativo en todos sus niveles: en 1983 la de *Reforma Universitaria* (LRU); en 1985 la del *Derecho a la Educación* (LODE); en 1990 la de *Ordenación General del Sistema Educativo* (LOGSE) y, en 1995, la de *la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los Centros Docentes* (LOPEG).

A pesar de los indudables logros conseguidos en los años anteriores, la propuesta del PP en el gobierno (1996-2004) girará alrededor de la mejora de la calidad de la educación y la libertad de enseñanza. El discurso de la calidad se plantea en su versión neoliberal que prepara la transformación de una sociedad de ciudadanos en otra de consumidores y clientes, que, en la práctica, se concretó en tres aspectos: la aplicación de un plan de calidad para los centros dependientes del Ministerio de Educación que tuvo escasa efectividad; la preocupación por la mejora de los planes de estudio desde una perspectiva exclusivamente cognitiva que se descartó en la primera legislatura debido a la oposición de las comunidades autónomas, y la evaluación de la calidad de la escolaridad en el grupo de alumnos de 14 a 16 años. En cuanto a la libertad de enseñanza, se promulga un nuevo reglamento sobre la libertad de elección de centro, aspecto ya reconocido en la Constitución y en la LODE, que amparaba más la selección de los alumnos por los centros docentes que la elección de los centros por los padres respectivos.

Durante esta etapa se culmina el proceso de descentralización de las competencias educativas y se publican tres leyes orgánicas en trámite de urgencia, sin consenso político ni debate público, parlamentario y profesional: de *Universidades* (LOU), de *Calidad de la Educación* (LOCE) y de las *Cualificaciones y la Formación Profesional*, en 2002 (De Puelles Benítez, 2004).

La nueva ordenación territorial que establece la Constitución produce una profunda transformación de la administración educativa, al promover la descentralización a las comunidades autónomas de las competencias educativas, salvo las que son exclusivas del Estado como la regulación, expedición y homologación de los títulos académicos y profesionales y las normas básicas para el desarrollo del precepto constitucional sobre educación. De este modo, los Estatutos de Autonomía de las 17 Comunidades Autónomas incorporan su capacidad de regular y administrar la enseñanza. En 1980 comienza el traspaso de las competencias educativas a País Vasco y Cataluña; a las que siguen Galicia, Andalucía, Canarias, Valencia y Navarra y, finalmente, el resto de las comunidades (Cantabria en 1998), proceso que finaliza en el año 2000.

La reforma de la LRU se llevó a cabo tras una campaña de descalificación del partido en el Gobierno que no reconocía los logros conseguidos en la universidad en los veinte años de vigencia de la ley: incremento continuo del número de estudiantes (de 170.000 en 1960 se pasó a 1.500.000 en 1996); de universidades, que se duplicaron; de titulaciones, que se triplicaron, y de artículos científicos publicados y de tesis doctorales leídas, que se quintuplicaron con creces. A pesar de ello la reforma era necesaria, ya que la estructura universitaria estaba pensada para la educación de las elites; los planes de estudio hacía tiempo que no se actualizaban; el tercer ciclo estaba desfasado; el profesorado era inadecuado, y había una demanda social en crecimiento constante (*Informe sobre el estado y situación del sistema educativo. Curso 2001-2002*).

La LOU (LEY ORGÁNICA 6/2001, de 21 de diciembre de Universidades) desarrolló una autonomía universitaria, limitada y gradual, que equilibraba las competencias entre el Estado, las Comunidades Autónomas y las Universidades; reformó el gobierno de la Universidad, estableció un nuevo régimen jurídico del profesorado e instauró la habilitación para el acceso a los cuerpos de funcionarios docentes. Así mismo, reguló el régimen jurídico de las universidades privadas, concediendo amplias facultades a su promotor o propietario y dando un tratamiento privilegiado a las de la Iglesia. Estableció, además, mecanismos de evaluación, certificación y acreditación para garantizar la calidad de la enseñanza y autorizó al Gobierno a dictar las directrices que permitieran integrar el sistema universitario español en el *Espacio Europeo de Educación Superior* (EEES). Se reprocha a la ley, además de la ausencia de debate y consenso para su elaboración, su reglamentismo e intervencionismo que limitaba más que la anterior la autonomía universitaria así como la falta de financiación que equiparara el gasto universitario al promedio de la Unión Europea (De Puelles Benítez, 2004).

Finalmente, vuelven a dictarse durante el Gobierno del Partido Socialista (2004-2011) dos leyes orgánicas: la de *Educación*, en 2006, y la de *Universidades*, en 2007, que modifica la LOU.

La primera de ellas (LEY ORGÁNICA 2/2006, de 3 de mayo, de Educación) que fue sometida a un amplio análisis y debate previo en el que participaron las Comunidades Autónomas y los Consejos Escolares, así como organizaciones, asociaciones y colectivos relacionados con la educación, pretendía proporcionar una educación de calidad a todos los ciudadanos, en todos los niveles del sistema educativo, garantizando una igualdad efectiva de oportunidades, con la implicación de todos los componentes de la comunidad y adaptada a la nueva sociedad del conocimiento; garantizando una formación básica e integral, obligatoria y gratuita, de diez años de duración y la flexibilidad del sistema educativo, para que se adecue a las características de los estudiantes y facilite el aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Con la nueva ley universitaria (LEY ORGÁNICA 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades) se perseguía dotar al sistema de una "estructura más abierta y flexible que sitúe a las universidades españolas en la mejor posición para la cooperación interna y la competencia internacional", con el fin de que las universidades se convirtieran en agentes activos para la transformación en una economía plenamente integrada en la sociedad del conocimiento y consiguieran ser atractivas en un mundo globalizado. Para ello se trataba de potenciar la autonomía universitaria; profesionalizar la gestión; incorporar valores de igualdad y tolerancia, tanto entre sus propios objetivos como en la docencia y en la investigación; impulsar la participación del alumnado, y articular la relación entre todos los agentes del sistema universitario, entre otros.

Los siguientes datos aportan información sobre la situación del sistema educativo en los últimos años (*Datos Básicos del Sistema Universitario Español. Curso 2008/2009; Datos y Cifras. Curso escolar 2009-2010.*):

- El gasto público en educación casi se ha duplicado en la última década, estimándose en el 4,93% del PIB, en 2009.
- En el curso 2007-2008: la tasa de escolarización a los 3 años era del 97,5%, inferior al promedio de la UE; y es baja, también, las de titulados en la segunda etapa de Educación Secundaria (45% en la enseñanza general y 35% en la formación profesional). En esta etapa se produce un porcentaje importante de abandono educativo temprano (en 2007 el 31% de los jóvenes de 18 a 24 años no la ha completado y no sigue ningún tipo de formación), con diferencias significativas por sexo y comunidad autónoma.
- En el año 2006, el 39% de los españoles de 25-34 años tiene estudios superiores, cifra que ha aumentado nueve puntos en la última década y es seis puntos superior a la media de la OCDE.
- En el curso 2008/09 había: 7.456.806 alumnos matriculados en Enseñanzas de Régimen General no universitarias y 1.366.542 en estudios de Grado universitario, cifra que está disminuyendo desde final de la década pasada debido al descenso poblacional en los tramos de 18 a 24 años.

A pesar de las múltiples mejoras que se han producido en la educación en los últimos años, la situación actual continua arrojando desigualdad de oportunidades sociales y diferencias territoriales importantes, tanto desde la perspectiva de la escolarización, como del gasto medio por alumno o del gasto público por comunidad que configuran un mapa territorial en el que unas comunidades aparecen dotadas con mayores posibilidades de educación que otras (Mones y Pujol Busquets, 2006).

2.3. LA POLÍTICA SANITARIA.

El sistema sanitario actual tiene su origen en el *Instituto Nacional de Previsión* (INP) creado en 1908 e inspirado en un modelo "tipo Bismarck" (Martín Moreno, Alfonso Sánchez, González Enríquez, & Gorgojo Jiménez, 2008). El INP fue el primer gran instrumento de protección social que se completaría una década después con la asistencia sanitaria en caso de enfermedad común y, en 1929, con el seguro de Maternidad. Hasta esta fecha sólo se había promulgado en España la ley de *Instrucción General de Sanidad*, de 1904, que definía la organización y responsabilidades de la atención a la salud

pública en aspectos relativos a las enfermedades infectocontagiosas y al medio ambiente y la asistencia a los enfermos pobres. Además, existía también un seguro voluntario, creado al inicio del siglo, para la cobertura de los accidentes de trabajo (Álvarez Nebreda, 1994).

La Guerra Civil y la dictadura franquista posterior enterraron los planes republicanos de crear un sistema de seguridad social descentralizado y con pautas democráticas, para sustituirlo por un seguro obligatorio y centralizado, tanto en la planificación como en la gestión de los recursos (Martín Moreno et al., 2008). El dispositivo asistencial estaba en ese momento en una situación desastrosa, obsoleto, desorganizado y prestaba una ineficiente atención y la cobertura era escasa; a ello se sumaba la pérdida de profesionales debido a la persecución, represión o separación del servicio a la que fueron sometidos muchos de ellos por el franquismo, o por el exilio al que fueron obligados (Sánchez Bayle, 1996b).

En el año 1942 se creó el *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE) financiado con las contribuciones de obreros y empresarios, junto con una pequeña participación estatal. El SOE se crea para ocuparse de los trabajadores económicamente débiles y garantizar su rápida incorporación al trabajo; prestaba una asistencia exclusivamente reparadora que incluía la hospitalización quirúrgica y obstétrica, pero no la médica ni las enfermedades psiquiátricas. El SOE sentó las bases para la creación de un sistema de seguridad social que coordinara y unificara una serie de seguros sociales (subsidio familiar y seguro de vejez e invalidez) que se habían creado en los años anteriores (Ruiz-Jiménez, 2000).

En 1944 se dicta la ley de *Bases de la Sanidad Nacional*, que sustituye a la de Beneficencia de 1849. La ley se ocupaba de la salud pública, entendida, prioritariamente, como prevención y control de las enfermedades infecciosas; mantuvo la beneficencia e incluyó la enfermedad mental. Organizó, además, la red de atención rural mediante médicos y practicantes de la Asistencia Pública Domiciliaria y algunos aspectos de la atención hospitalaria. También regulaba, en cada provincia, la organización de colegios oficiales de médicos, farmacéuticos y auxiliares sanitarios. Estos últimos agrupaban a practicantes, comadronas y enfermeras tituladas (Ruiz-Jiménez, 2000; Sánchez Bayle, 1996a).

De este modo quedó establecido, en los años cuarenta, el esquema del sistema de protección ante la enfermedad, que estuvo vigente durante casi treinta años. Por un lado, la prevención y el control de las enfermedades infectocontagiosas dependía de la Administración local y de la Dirección General de Sanidad, ubicada en el Ministerio de Gobernación. Por otro, la asistencia sanitaria se basaba en el sector privado, con o sin ánimo de lucro, excepto en las situaciones asumidas por el Estado, que, básicamente se centraba en la atención de beneficencia y en el tratamiento de determinadas patologías infectocontagiosas, como la tuberculosis, para lo que se crearon centros monográficos. En este contexto se concibió el SOE como un sistema de protección complementario para cubrir los gastos derivados de la enfermedad, tanto de los jornales perdidos como de la atención sanitaria. En consecuencia, la asistencia sanitaria se planteó desde tres ámbitos: beneficencia, asistencia privada y el SOE, que acabaría convirtiéndose en el sistema mayoritario (Martín Moreno et al., 2008).

En los años sesenta, en el contexto del Plan de Estabilización y coincidiendo con el desarrollo industrial, la explosión demográfica y las reivindicaciones de los trabajadores, se produjo una gran expansión de los servicios sanitarios. En 1963 se aprueba la ley de *Bases de la Seguridad Social*, que empieza a regir cuatro años más tarde y consolida un modelo inspirado en los criterios organizativos del SOE y, por tanto, en la cobertura de la asistencia sanitaria como una prestación más de la acción protectora del sistema. La ley mantiene la segmentación entre la salud pública y la asistencia sanitaria y dentro de ésta, entre beneficencia y Seguridad Social; una asistencia sanitaria centrada en el hospital y en la especialización médico-quirúrgica y orientada a tratar la enfermedad y aliviar su impacto. Consolida, así mismo, el modelo médi-

co de la seguridad social, con el que no sólo se persigue ampliar la capacidad de regulación del sector público, sino, sobre todo, legitimar las estructuras del Régimen. Sirvió, además, para extender la cobertura que alcanzaba a más del 80% de la población al final de la década siguiente, al posibilitar el acceso de todos los trabajadores por cuenta ajena en los casos de enfermedad común, accidente no laboral y maternidad (Álvarez Nebreda, 1994).

Durante la transición democrática no se llevó a cabo ninguna iniciativa de política sanitaria, aunque la Constitución supuso un elemento fundamental para la transformación sanitaria posterior, al reconocer el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. El desarrollo operativo de este derecho se articuló a través de un conjunto de leyes que fueron definiendo en España un nuevo sistema de cobertura universal y descentralizado políticamente, en que el grueso de la gestión y administración de los servicios recae en las autonomías, aunque la misma Constitución reserva para el Estado algunas competencias, como la sanidad exterior, las bases de coordinación de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos (Ruiz-Jiménez, 2000; Álvarez Nebreda, 1994).

Este mismo año, 1978, se regula la escisión del INP en tres institutos: el de *Seguridad Social* (INSS), el de *Servicios Sociales* (INSERSO) y el de *Salud* (INSALUD). Este último funcionó como gestor de la asistencia sanitaria hasta el momento en que se hicieron efectivas las transferencias a todas las comunidades autónomas. Estas asumen también, por mandato constitucional, las competencias en materia de salud pública, planificación sanitaria y servicios asistenciales de la sanidad nacional. Las transferencias a las comunidades autónomas en materia de asistencia sanitaria comienzan en Cataluña, en 1981; entre 1984 y 1994 se producen las de Andalucía, País Vasco, Valencia, Navarra, Galicia y Canarias y, en 2000, a las diez comunidades restantes (Martín Moreno et al., 2008).

En 1986, tras un largo, intenso y tenso debate, se aprueba la ley *General de Sanidad* (LGS) (LEY 14/ 1986, de 25 de abril, General de Sanidad) que unifica la red sanitaria en torno a un *Sistema Nacional de Salud* (SNS) plenamente descentralizado que extiende la asistencia sanitaria a toda la población, aunque vincula el acceso a las prestaciones con la extensión de la cobertura de la Seguridad Social, y mantiene las cotizaciones sociales como un elemento básico en la financiación, relegando a una disposición transitoria, que no ha sido completamente desarrollada, la integración de todos los sistemas de aseguramiento existentes. En la ley también se reconocen los derechos de los ciudadanos respecto a la administración sanitaria y, particularmente, la participación comunitaria en todo el proceso. Así mismo destaca la importancia de la información sanitaria, la vigilancia epidemiológica y el fomento de la investigación científica. Finalmente determina, por primera vez en nuestro país, la importancia de la orientación de los recursos hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, de acuerdo con una concepción integral de la salud, y la equidad basada en la accesibilidad (Martín Moreno et al., 2008).

La LGS señala las competencias del Estado, de las comunidades autónomas y de las corporaciones locales y crea el *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* (CISNS) como órgano permanente de comunicación e información de los servicios de salud de las comunidades autónomas, entre ellos y con la Administración del Estado. En los años siguientes se alcanza casi la universalización, al incluir a los ciudadanos sin recursos englobados en los padrones de beneficencia municipales (en 1991 la cobertura sanitaria llegaba al 99,8% de la población), y cambia progresivamente el sistema de financiación, para acabar realizándose íntegramente con cargo a impuestos, a través de los Presupuestos Generales del Estado (Martín Moreno et al., 2008).

Desde entonces el SNS se ha consolidado, ha mejorado la prestación de los servicios sanitarios, ha aumentado la calidad y la cantidad de profesionales y se han desarrollado las nuevas estructuras sanitarias, centros de salud y hospitales. Sin embargo hay un debate abierto sobre cómo asegurar la cohesión del sistema, de modo que las zonas más débiles, económica y socialmente, no vean mermada la protección sanitaria de sus habitantes, y garantizar una asistencia de calidad y una equidad real y efectiva. Con este fin se dicta, en 2003, la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario* (LCC) que establece el marco legal para la coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, con el objetivo de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud (LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. 2003). Así mismo, se define en la ley el catálogo de prestaciones sanitarias básicas que se concretan en 2006, al establecer la Cartera de Servicios (REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización).

En el momento actual disponemos de un sistema sanitario que mantiene unos buenos indicadores con un gasto relativamente bajo, comparado con los países de nuestro entorno; muy descentralizado; que da una cobertura universal de derecho, pero en el que existen todavía pequeños colectivos que gozan de prestaciones diferentes y condiciones de acceso especiales y otros en los que se producen desigualdades, tanto en el acceso a las prestaciones sanitarias como en la atención que reciben. Así mismo, existe una gran variabilidad injustificada entre regiones, áreas de salud y hospitales, en el acceso, calidad, seguridad y eficiencia del SNS (Observatorio europeo de sistemas y políticas sanitarias. 2008).

Por ello es necesario llevar a cabo cambios estructurales que consoliden un SNS basado en el aseguramiento público y en el derecho ciudadano igual para todos y que optimicen su gobernabilidad, sostenibilidad, eficiencia y efectividad. Así mismo deben revisarse y ajustarse el sistema de financiación y los mecanismos de coordinación, cohesión e igualdad, ya que los recursos no están equitativamente distribuidos entre las comunidades autónomas (Gispert, Torné, & Barés, 2006; Martín Moreno et al., 2008; Repullo & Freire, 2008).

Al mismo tiempo, deben reducirse las desigualdades en salud por cuestiones de género, edad, condición socioeconómica y otras situaciones de vulnerabilidad así como profundizar en la coordinación e integración entre los servicios de salud pública y los asistenciales, entre la atención primaria y la especializada, entre lo sanitario y lo sociosanitario (Borrell, García-Calvente, & Martí-Boscá, 2004; Díez & Peiró, 2004; González, Hernández, Meneu, Urbanos, & Vázquez, 2008; Navarro & Quiroga, 2004).

CAPÍTULO 3:

“EL SIGLO DE LAS MUJERES”: LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS IDENTIDADES FEMENINAS.



La memoria histórica es importante no tanto como expresión del pasado anclado en tradiciones, sino como instrumento de comprensión de los procesos históricos y de las construcciones culturales, políticas e identidades históricas (Nash, 2006), p. 123.

Puesto que la historia de la Enfermería y de la Escuela, objeto de esta tesis, es una historia de mujeres, dedico este capítulo a presentar la evolución de la situación de la mujer en España a lo largo del siglo XX, centrándome en los momentos y aspectos que por su especial relevancia han contribuido a perfilar la identidad femenina. En palabras de Gómez-Ferrer (2006), p. 13: “el siglo XXI será el siglo de las mujeres, pero el siglo XX ha sido el siglo en que las mujeres han obtenido la plena ciudadanía”. Una ciudadanía, al menos teórica, basada en la consecución de derechos políticos, sociales y civiles que se han ido sucediendo de forma imparable a lo largo del siglo pasado y que culminan con su presencia y participación activa en todos los ámbitos de la esfera pública y privada.

Uno de los cambios sociales más importantes que podrán apreciar en su transcurso es el que ha sido protagonizado por la mujer y su lucha por la equiparación de derechos con el varón. Este mayor protagonismo se ha articulado sobre distintos cambios, producidos, fundamentalmente, en las sociedades económicamente más desarrolladas y como justa continuidad con la equiparación de los derechos políticos (Santamarina), p. 1.

De este modo, el conjunto del capítulo se organiza en seis etapas cronológicas:

- Tiempo de no ser (1899-1930).
- Tiempo de expectativas (1931-1936).
- Tiempo de guerra y subsistencia (1936-1939).
- Tiempo de silencio (1939-1975).
- Tiempo de ruptura y visibilidad (desde 1976 al final del siglo).
- Las fronteras, retos y conflictos en el siglo XXI.

3.1. TIEMPO DE NO SER (1899-1930).

La situación de las mujeres a comienzos del siglo pasado era de flagrante inferioridad en todos los ámbitos (Bautista Parejo, 1996), carecían de derechos civiles y sociales e, incluso, a la educación. Continuaba en vigor el Código Civil de 1889 en el que “la mujer casada era asimilada a los “menores de edad, ciegos, locos, extranjeros y sordomudos” y se la incapacitaba, entre otras cosas, para tomar decisiones económicas sin el acuerdo del marido” (Yusta, 2006), p. 107.

Al inicio del siglo XX eran analfabetas el 70% de las mujeres (Yusta, 2006). En 1901 sólo 44 alumnas estaban inscritas en el Bachillerato y únicamente 1 en la enseñanza oficial superior (Ruiz de Azúa, 2000); entre 1872 y 1910 solamente 79 mujeres obtuvieron permiso de las autoridades públicas para cursar estudios de licenciatura y doctorado y, hasta este último año, no se les reconoció legalmente el derecho a participar en todos los niveles de la enseñanza (Bautista Parejo, 1996; Flecha García, 1996).

La mayoría de las mujeres vivían recluidas en el ámbito privado y subordinadas al varón; comenzarían lentamente a acceder a la educación y a compartir aulas con los niños pero la educación que recibían era diferente. Se las preparaba para ser buenas esposas, madres y amas de casa, enseñándoles sobre todo religión y labores (Bautista Parejo, 1996). El acceso a la educación no supone una consideración igualitaria ni un reconocimiento de derechos, por el mero hecho de ser personas, sino que, puesto que han de ser las educadoras de la sociedad futura, se les posibilitan mejores niveles de instrucción (Gómez-Ferrer, 2006).

La moral social de la época, muy estricta para las mujeres, estaba fuertemente impregnada de la educación católica, aunque desde finales del siglo anterior comienza a surgir, en Barcelona y a extenderse a otras ciudades y provincias del mediterráneo, un movimiento feminista que reivindica espacios cívicos y cambios en las prácticas de la ciudadanía social (Ramos, 2006). Así se va perfilando un modelo alternativo de mujer protagonizado por heterodoxas, librepensadoras y masonas, con marcado carácter anticlerical y laico, que promueven un amplio movimiento asociativo y propagandístico, con el fin de difundir de manera eficaz unos ideales que vinieron a crear nuevas identidades femeninas, abiertas a tener protagonismo en la vida pública (Gómez-Ferrer, 2006).

Las mujeres pioneras y líderes de este movimiento, considerado impropio de la época, Rosario de Acuña, Amalia Domingo Soler, Ángeles López de Ayala, las hermanas Amalia y Ana Cavia Bernal y Belén de Sárraga, pagaron por ello un alto precio, cifrado en detenciones, arrestos, estancias en la cárcel y años de exilio (Ramos, 2006).

La herencia de las socialistas utópicas marcó el modelo: el de la mujer-guía, independiente, instruida, politizada, inclinada a la causa obrera, cuya subjetividad reúne, de manera equilibrada, las esferas separadas por la filosofía ilustrada: razón e intuición, en tanto su identidad social se liga a un proyecto político basado en el igualitarismo ... entre clases y sexos (Ramos, 2006), p. 38.

También en medios católicos surge un movimiento que va creando redes asociativas con fines piadosos e incluso reformistas, buscando superar la división de papeles asignados a uno y otro sexo y defender la ciudadanía social, civil y política (Gómez-Ferrer, 2006). Esta intervención de las mujeres católicas se denominaba "acción social" y "consistía en irradiar al espacio público las cualidades femeninas y maternas con el objetivo de transformarlo" (Blasco, 2006), p. 58.

La acción social fue la fórmula que las activistas católicas consideraron idónea para encauzar la acción de las mujeres – acomodadas - fuera del hogar, dado que ellas poseían cualidades de incalculable valor, como caridad, bondad, superioridad moral y mayor religiosidad, para frenar las perturbaciones de la sociedad. Destacan entre ellas María Bris, Pilar Cuesta, Pilar Velasco, María de Echarri, Juana Salas y Teresa Luzzatti (Blasco, 2006).

A partir de 1919, la Acción Católica de la Mujer (ACM) se erigirá en la principal organización confesional que apoyará un amplio ejercicio de los derechos de ciudadanía (Gómez-Ferrer, 2006).

La ACM fue creada bajo los auspicios del Cardenal Guisasola, entonces Primado de España, con la finalidad explícita de contrarrestar el movimiento feminista laico (Blasco, 2006; Capel, 1975; Gómez-Ferrer, 2006). Esta organización impulsó Escuelas Profesionales y Sociales que formaban a trabajadoras y gestoras de obras sociales y recurrió a las diferencias de género para exigir el acceso a cargos de la administración pública dedicados a temas benéficos, como las Juntas de Protección de la Infancia, los Tribunales Tutelares para niños, las Casas de Maternidad o los Hospitales. Reclamó, además, derechos civiles, laborales y el sufragio para las mujeres (Blasco, 2006).

Durante los años veinte, la sociedad española inicia un proceso de modernización que afecta a la vida cotidiana y, tanto los espacios públicos como los privados, experimentan importantes cambios. Se produce un gran desarrollo urbano; la política deja de ser patrimonio de las élites para convertirse en campo de actuación de amplios sectores sociales representados por partidos, y, las mujeres, comienzan a incorporarse al mercado laboral, a los Institutos de Secundaria, a las Universidades y a los centros educativos en los que se imparten estudios específicos para ellas (Ramos, 2006).

También en estos años se amplían los saberes médicos e higiénicos dirigidos al correcto desempeño de la maternidad, más con el objetivo de mejorar la raza que las condiciones de vida de las mujeres; se impulsa una política natalista, y se mantiene, en los discursos y en las prácticas socioculturales, el elogio de la maternidad. Al tiempo comienza a extenderse el estereotipo de la “mujer moderna”: delgada, juvenil, dinámica, liberada del corsé, con cabellos y faldas más cortas, que fuma y baila charlestón (Castillo, 2006; Ramos, 2006).

En este clima de efervescencia social y cultural se produce la presencia, minoritaria, de mujeres que desafiando las costumbres y mentalidad tradicional, se hacen un sitio en el arte y la cultura; aunque la fuerte resistencia que encontraron para la realización y el reconocimiento de su quehacer, les obligó, en algún caso, a recurrir a seudónimos para desarrollarlo, e impidió a la mayoría, vivir su aventura como algo liberador (Castillo, 2006; Gómez-Ferrer, 2006). Destacan entre ellas las poetisas y escritoras Carmen Conde, Rosa Chacel, Ernestina de Champourcín, M^a Teresa León, Concha Méndez y Josefina de la Torre (Castillo, 2006) y las pintoras María Blanchard, Maruja Mallo, Ángeles Santos y Remedios Varo (Saldaña & Cortés, 2006).

También las mujeres de clase media van incorporándose a la vida laboral, especialmente en el sector servicios, como mecanógrafas, secretarias, telefonistas, dependientas o funcionarias y son presentadas en la prensa gráfica como modelos de la modernidad y símbolos de la nueva mujer (Castillo, 2006). En las clases populares, sin embargo, las mujeres viven en condiciones de miseria; no disponen de medios para controlar la natalidad y tienen muchos hijos; su salud es precaria y la mortalidad infantil es muy alta, y recae sobre ellas el trabajo doméstico y, en muchos casos, ejercen, también, un trabajo fuera de casa que está mucho peor remunerado que el de los hombres (Yusta, 2006).

La toma de conciencia femenina sobre las limitaciones y discriminaciones que sufren las mujeres provoca varios intentos de cambio de su situación jurídica. Ya en 1877 y en 1907-1908 se había pretendido conseguir el voto para las mujeres; pero no es hasta 1924, durante la dictadura de Primo de Rivera, cuando se les permite acercarse a la política activa. En este momento se autoriza su participación, formal y restringida: las solteras o viudas mayores de 23 años pueden ser elegidas y elegibles. No pudieron, sin embargo, ejercer este derecho, pues las pocas mujeres que ocuparon cargos, tanto municipales como en la Asamblea Nacional, fueron designadas por las autoridades y pertenecían, en su mayoría, a la ACM (Blasco, 2006; Capel, 2006).

A pesar de que la situación mejora a medida que avanzaba el siglo y algunas mujeres se forman, en la Institución Libre de Enseñanza y en la Residencia de Señoritas, para ocupar posiciones importantes en el mundo intelectual y político (Castillo, 2006), el analfabetismo femenino continua siendo superior al 50%, en 1930, y, según el censo de ese año, solo el 9% de la población asalariada eran mujeres; aunque las cifras oficiales eran, seguramente, muy inferiores a las reales, ya que muchos trabajos no eran legales y tampoco se contabilizaba el que realizaban las mujeres del campo, numerosas en ese tiempo. De ellas sólo un 3,6% desempeñaban profesiones liberales (Yusta, 2006).

3.2. TIEMPO DE EXPECTATIVAS (1931-1936).

La proclamación de la Segunda República, el 14 de abril de 1931, abrió una nueva y esperanzadora etapa que, a pesar de sus muchas limitaciones, inició un cambio en las relaciones de género y supuso la consecución de muchos logros para las mujeres. Durante ella comienzan su andadura como ciudadanas, se hacen presentes en la política, se organizan en asociaciones con finalidades políticas y se produce su radicalización en torno a ideologías de derechas o de izquierdas (Gómez-Ferrer, 2006).

Los políticos republicanos fueron sensibles desde el principio a la situación de desigualdad jurídica y laboral vivida por las mujeres, conscientes de que la mejora de la condición femenina era un elemento indispensable para el sello de modernidad que querían imprimir al nuevo régimen (Yusta, 2006), pp. 107-108.

Aunque las reformas y avances comenzaron de inmediato no estuvieron exentas de limitaciones y dificultades que ponían en evidencia que los dirigentes de los partidos, varones casi en su totalidad, anteponían sus propios intereses a los específicos de las mujeres (Gómez-Ferrer, 2006). Se retrasa hasta la Constitución el reconocimiento de todos sus derechos electorales, de modo que el decreto de mayo de 1931, que regula las elecciones a las Cortes Constituyentes, sólo les autoriza el sufragio pasivo – ser elegibles –. En dichas elecciones solamente dos mujeres son elegidas como diputadas, Clara Campoamor, republicana, y Victoria Kent, del partido radical; a ellas se añadirá, en el mes octubre, la socialista Margarita Nelken. Las tres eran abogadas (Yusta, 2006).

Durante la elaboración de la Constitución se producen largos debates sobre el sufragio femenino, ya que tanto republicanos como conservadores, cuyos intereses eran contrapuestos, pensaban que la influencia de la Iglesia sobre las mujeres favorecía los intereses de las derechas (Capel, 2006; Yusta, 2006). Para su obtención, Clara Campoamor “debió batirse casi en solitario y rompiendo la disciplina de voto de su propio partido” (Capel, 2006; Yusta, 2006), p. 110. Su aprobación abre la puerta a la ciudadanía femenina, al reconocer no sólo el derecho al sufragio, que las mujeres ejercerán por primera vez en las elecciones de 1933, sino los mismos derechos políticos, jurídicos y familiares para ambos sexos. Establece, así mismo, un modelo de matrimonio civil, laico e igualitario; la posibilidad de divorcio; la equiparación de los derechos de los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, y la facultad de investigar la paternidad (Yusta, 2006).

Estas innovadoras reformas crearon un clima favorable para que se produjeran logros en la vida de las mujeres en todos los ámbitos: asociativo, educativo y laboral. Sin embargo, las resistencias ancladas en la mentalidad tradicional, de unas y otros, y la oposición que manifestaron los varones de las organizaciones de izquierdas, impidió que se desencadenara un ver-

dadero cambio en los papeles tradicionales atribuidos a las mujeres y en las relaciones entre los sexos. El modelo de sociedad y de familia continuó siendo el mismo (Gómez-Ferrer, 2006).

El Código Civil seguía contemplando al marido como representante legal de la esposa y ésta necesitaba su autorización para firmar un contrato laboral. También otras medidas que se tomaron reforzaron esta consideración, como el seguro de maternidad, propuesto por los socialistas - como un seguro paliativo hasta que se implantase un salario familiar que permitiera a las mujeres quedarse en el hogar y ejercer su función de madres -, apoyado por los conservadores y rechazado por los anarquistas, quienes lo consideraban una forma más de explotación de las obreras (Yusta, 2006).

A estas posiciones se sumó la hostilidad con que los obreros acogieron la afluencia de mujeres al mercado de trabajo; también ellos trataron de retenerlas en el hogar porque, a causa de los bajos salarios que recibían, las veían como competidoras desleales (Ramos, 2002). De modo que los sindicatos presionaron para que los puestos más cualificados y mejor pagados fueran ocupados por hombres y para que éstos obtuvieran unos salarios lo suficientemente elevados como para evitar que sus mujeres se vieran en la necesidad de trabajar (Yusta, 2006); además, para evitar el desempleo masculino se prohibió, también, la actividad laboral de las mujeres en algunos sectores (Capel, 1999).

La repentina visibilidad de las mujeres creó más resistencias y tuvo muchos detractores. Para los antirrepublicanos era todo un símbolo de lo que se avecinaba con el nuevo régimen: “la pérdida del hogar, del recinto privado, del recato”. También la Iglesia y las mujeres conservadoras y católicas manifestaron su rechazo por la emancipación femenina, la transformación del estatuto jurídico de la mujer y de la familia y la disolución del hogar católico, así como por la descristianización de la sociedad (Yusta, 2006).

A pesar de todo, la toma de conciencia de las mujeres sobre los problemas generales de la sociedad acrecentará de forma exponencial su asociacionismo sindical y político de todo signo. Las mujeres participarán de forma cada vez más masiva tanto en el sindicalismo de clase, tomando parte en huelgas y movilizaciones, como en el católico, que tratará por todos los medios de atraer a las obreras. Se incrementará, así mismo, su implicación en asociaciones y organizaciones, no sólo femeninas, anarquistas y republicanas sino también católicas y conservadoras; aspecto este que resulta paradójico, si se tiene en cuenta que la visibilidad y agitación chocaban con sus propios principios que postulaban que eran el hogar y el espacio privado los lugares apropiados para las mujeres (Yusta, 2006).

Esta nueva situación influirá en la condición y vida de las mujeres de forma muy diferente, en función de su procedencia social. En las de clase media, la modernidad republicana se reflejó, sobre todo, en ideales “pequeñoburgueses”, como el interés por el maquillaje y el cuidado personal, el deporte o una nueva concepción del hogar. El modelo eran las mujeres de Hollywood; se pone de moda el pelo rubio platino de Jean Harlow o la boca a lo Joan Crawford (Yusta, 2006); se afloja el corsé, se lleva el pelo más corto, se enseñan las piernas y comienzan a apropiarse del vestido masculino y a acceder a lugares semipúblicos (Valcárcel, 2006). Para las mujeres de las clases populares supuso ser rescatadas de una esclavitud ancestral, aunque el espacio público les seguía estando vedado (Yusta, 2006).

Tras la derrota de las izquierdas en las elecciones de 1933, las mujeres fueron acusadas por muchos republicanos de haber provocado el triunfo de las derechas. Éstas, en cambio, las felicitaron por acudir masivamente a las urnas. Aunque los resultados de las elecciones de febrero de 1936 fueron inversos, en esta ocasión nadie habló del voto femenino (Yusta, 2006):

En efecto, donde no llegaba la propagandista llegaba el confesor y el voto, asunto público, seguía solventándose para muchas mujeres en el ámbito de lo privado. el problema no era tanto la influencia de la Iglesia como la secular dominación masculina, el iletrismo, la falta de información y, sobre todo, los papeles de género en los que seguían encerradas las mujeres que muchas veces tenían la impresión de que el voto no era un asunto que les concerniese (p. 114).

Al radicalizarse la lucha política, a partir de 1933, las posiciones políticas de las mujeres se hacen más definidas y enconadas y sus organizaciones tienden a unirse a las masculinas. En este contexto surgen, por un lado, el Comité Nacional de Mujeres contra la Guerra y el Fascismo, relacionado con el PCE, y, por el otro, la Sección Femenina de Falange: "el telón de fondo sobre el que se desarrollaba el combate de las organizaciones femeninas ya no era tanto la lucha por los derechos de las mujeres, sino la lucha de clases" (Yusta, 2006), p. 118.

A pesar de que las mujeres de izquierdas experimentan una acelerada toma de conciencia tras la insurrección socialista de Asturias, en octubre de 1934, al agruparse en torno a la petición de amnistía para los presos o la ayuda a las familias; las organizaciones femeninas republicanas "iban a manifestar un progresivo conservadurismo que llegaría a su punto máximo tras los acontecimientos de octubre de 1934, percibidos ... como una traición a los verdaderos valores republicanos" (Yusta, 2006), p. 118.

Estas organizaciones defendían un feminismo conservador y, finalmente, se alinearon en un combate pacifista que se expresaba a través de un discurso tradicional de la función de la mujer en la sociedad. Su decepción con la República se puso de manifiesto durante la campaña electoral de febrero de 1936, en que no solicitaron el voto para ningún partido ni organización. Las mujeres conservadoras, por su parte, se orientaron a la defensa de una idea tradicional de la feminidad, del hogar y de la religión: "Se observa un cierto retraimiento en mujeres anteriormente muy combativas, un "regreso a lo privado" promovido por la Iglesia y los dirigentes políticos de la derecha" (Yusta, 2006), p. 118.

De este modo, quienes hubiesen podido vehiculizar una reivindicación feminista revolucionaria, se vieron inmersas en un contexto de luchas sociales en el cual la elección fue alinearse con las organizaciones masculinas y reservarse tareas de tipo auxiliar, que no desentonaran demasiado con las tradicionales femeninas de asistencia y cuidado. Habrá que esperar a abril de 1936 para ver aparecer una organización de mujeres que pueda ser considerada portadora del feminismo moderno, centrada en la reivindicación de los derechos de las mujeres: la anarquista Mujeres Libres, fundada por tres militantes de la CNT. Fue la primera organización en expresar claramente el carácter de la doble lucha - contra la opresión capitalista y la patriarcal - que llevaría a la mujer proletaria a su emancipación (Yusta, 2006).

3.3. TIEMPO DE GUERRA Y SUBSISTENCIA (1936-1939).

La Guerra Civil tuvo un marcado componente de género, y lo que en ella se jugó, entre otras cosas, fue el aniquilamiento de todo lo que la República había significado para las mujeres. Habrá que esperar largos años, décadas, a que las mujeres vuelvan a ocupar el espacio público, la calle, las instituciones, el Parlamento, y recuperen los derechos y oportunidades que les proporcionó el régimen del 14 de abril de 1931, "la niña bonita" (Yusta, 2006). pp. 120-21.

El levantamiento militar, en julio de 1936, y el estallido de la guerra civil inician un período de profundas transformaciones sociales y políticas, algunas motivadas por la misma coyuntura bélica, otras impulsadas por el proceso revolucionario promovido por algunos sectores de la izquierda en ciertas áreas de la geografía española. “Esta coyuntura específica de guerra antifascista y de revolución social actuó como catalizador de la movilización femenina en la zona republicana” (Nash, 2006), p. 125.

La Guerra Civil desencadenó un reajuste en las posiciones frente a la mujer y en la configuración de su papel social y fue el escenario propicio para que cada bando impusiera el modelo de sociedad que defendía, al que correspondía un modelo concreto de mujer. En contraste con la época anterior, desde los dos bandos en contienda se pedirá a las mujeres que participen activamente en el conflicto y se hará hincapié en su capacidad de organización y de trabajo (Di Febo & Juliá Díaz, 2005). Pocas de ellas irán al frente de batalla; la mayoría realizará tareas de apoyo y sostén de la población civil, cubrirá los puestos de trabajo dejados vacantes por los hombres y desempeñará un papel fundamental en la lucha por la supervivencia, el aprovisionamiento y el abastecimiento de las necesidades de la población. Fueron ellas las que soportaron la escasez de alimentos, el racionamiento, las colas, el mercado negro, el trueque, la falta de viviendas y las deficiencias sanitarias e higiénicas, entre otras muchas dificultades (Nash, 2006).

Este cambio de imagen de las mujeres y la apertura de nuevos espacios para ellas no supondrá una ruptura con la división sexual del trabajo y la segregación ocupacional, ni un cambio sustancial en la mentalidad sobre su papel y valor social. No se cuestionan los papeles tradicionales y, menos aún, se redefinen las relaciones de poder entre hombres y mujeres, pero éstas se hicieron más visibles en todos los ámbitos de la vida política, social, educativa y cultural, lo que contribuyó a su propio desarrollo como protagonistas de un proceso social más amplio:

Las mujeres aparecieron en la calle, solas, comprometidas en múltiples actividades que abarcaron la edificación de barricadas, el cuidado de los heridos, la organización de asistencia en la retaguardia, la realización de servicios auxiliares de guerra, la formación cultural y profesional, el desarrollo de talleres de costura, el trabajo en los transportes o en las fábricas de municiones. Se produjo una cierta sensación de euforia y el convencimiento de que para ellas las cosas debían cambiar (Nash, 2006), p. 126.

En la zona republicana todas las fuerzas políticas llaman a las mujeres a la movilización y al activismo antifascista y se van generando nuevos discursos de la imagen de la mujer. Los carteles de propaganda de la guerra la presentan bajo dos perfiles, el de miliciana y el de madre, aunque en ambos casos son decididas, emprendedoras, activas e independientes:

la imagen innovadora de la muchacha joven, miliciana guapa, vestida de mono, cargando un fusil que marchaba con paso decidido hacia los frentes de guerra. Junto a esta imagen contrasta la tradicional representación de la mujer madura, la madre, defensora del hogar y de sus hijos que reclama la solidaridad antifascista y que instaba a la participación en la lucha (Nash, 2006), p. 126.

La intensa movilización de las mujeres republicanas fue canalizada por organizaciones femeninas que reflejaban la pluralidad y polarización política de la sociedad española de aquel momento. Esas organizaciones se caracterizaron por su heterogeneidad y estrecho vínculo con las fuerzas políticas, por lo que sus programas y estrategias, a pesar de su semejanza en

la práctica, partieron de una concepción diferente del contexto político y del papel social de la mujer. Las de más peso político fueron Mujeres Libres y la Agrupación de Mujeres Antifascistas (AMA); tuvo mucho menos el Secretariado Femenino del Partido Obrero de Unificación Marxista (POUM). Todas rechazaron la incorporación de las mujeres a la guerra (Nash, 2006).

La AMA, presidida por Dolores Ibarruri, aglutinó en sus filas a mujeres comunistas, socialistas, republicanas y católicas vascas. Tenía un equivalente catalán y organizaciones juveniles y se extendió prácticamente por toda la geografía republicana. Fue la única organización de mujeres respaldada por el Gobierno de la República, aunque su enorme capacidad organizativa se aprovechó sólo para actividades de apoyo. Su discurso, poco innovador, rechazó cualquier iniciativa de transformación revolucionaria y prestó poca atención a cuestiones relacionadas con la emancipación de las mujeres; las pocas reivindicaciones específicas que incorporó, quedaron difuminadas por las exigencias de la guerra: "su elaboración de un nuevo modelo de comportamiento femenino con la proyección de la mujer al ámbito público de la resistencia antifascista se compaginó con la tradicional aceptación de su función social primordial de tutelar de la familia" (Nash, 2006), p. 132.

Las organizaciones Mujeres Libres y el Secretariado Femenino del POUM presentaron una identidad política más definida, siguiendo las pautas de anarquistas y marxistas disidentes, respectivamente. Ambas defendieron no sólo la necesidad de realizar una guerra antifascista sino también la transformación revolucionaria de la sociedad. La primera mostró, además, un grado de conciencia femenina muy desarrollado, planteando la lucha autónoma de las mujeres para alcanzar su propia emancipación, aunque, las exigencias de la guerra le impidieron llevar a cabo esta estrategia (Nash, 2006).

Pero donde todas estas organizaciones, junto a sindicatos y maestras, centraron su actividad fue en la erradicación del analfabetismo femenino y en la creación de una infraestructura cultural básica, con centros de reunión y espacios culturales, en los que llevaban a cabo todo tipo de actividades educativas y culturales dirigidas a capacitar a la mujer y emanciparla de su triple esclavitud: de ignorancia, de mujer y de productora. "La educación y el desarrollo cultural de las mujeres fueron los grandes logros del movimiento femenino durante la guerra y la revolución" (Nash, 2006), p. 137.

Como colectivo social, las mujeres impusieron su voz y expresaron su opinión sobre la política, la guerra, el antifascismo, el feminismo y sus necesidades. Editaron y publicaron numerosos periódicos y revistas, exclusivamente femeninos o en colaboración con los hombres. Sus resultados en el ámbito del trabajo fueron mucho más ambivalentes; por una parte se daba la consigna de "hombres al frente y mujeres al trabajo" y, por otra, seguían vigentes las tradicionales resistencias respecto al trabajo de las mujeres fuera del hogar. A pesar de la necesidad de mantener el ritmo de producción no se produjo su aceptación real en el trabajo productivo y permanecieron la segregación ocupacional y la discriminación salarial. Sólo Mujeres Libres planteó el derecho ineludible de la mujer, al margen de los condicionamientos temporales, al trabajo asalariado, que consideraban una vía imprescindible para su emancipación (Nash, 2006).

Aunque el trabajo de las mujeres se justificó por las necesidades de la guerra y éstas continuaron realizando trabajos auxiliares, de asistencia y cuidado, con carácter de voluntariado y sin remuneración, en muchos casos, tuvo connotaciones distintas que produjeron cambios sustanciales respecto a la situación anterior: movilizó a miles de mujeres, aumentó la valoración social y el estatus de este tipo de trabajos y mejoró la autopercepción de las propias mu-

jes. Todo ello contribuyó a aumentar sus expectativas laborales y educativas y dio una nueva dimensión a los papeles clásicos de madre y ama de casa (Nash, 2006):

Como madres combativas, el nuevo papel de las mujeres como proveedoras de la comunidad cuestionaba la restricción tradicional de su actividad al hogar y legitimaba, de este modo, su acceso a la esfera pública, aunque por medio de actividades de apoyo apropiadas (p. 142).

La presencia de mujeres en el campo de batalla fue minoritaria y, la mayoría, desempeñaron servicios auxiliares. Al principio fueron elogiadas por su valor y generosidad, más tarde ridiculizadas y desacreditadas y, finalmente, en otoño de 1936, obligadas a retirarse de los frentes. En este tema hubo consenso entre partidos, sindicatos y organizaciones femeninas (Nash, 2006).

En el bando franquista fue la Sección Femenina la principal organización que aglutinó la movilización de las mujeres católicas y conservadoras contra la República. Su fin, que era “servir de perfecto complemento del hombre”, no tenía nada de transgresor ni de feminista. Sin embargo, muchas mujeres de esta organización, cuya doctrina estaba en perfecta consonancia con los valores tradicionales de dedicación a la familia y al hogar, incumplieron estas normas con su comportamiento y fueron eficientes activistas políticas (Gómez-Ferrer, 2006).

La Sección Femenina tuvo una notable expansión durante la Guerra Civil y se ocupó - a través del Auxilio Social que, a partir de 1937, será obligatorio para todas las mujeres -, de formar enfermeras, de atender necesidades acuciantes de la población, del trabajo en el campo y del adoctrinamiento y la formación de las mujeres para el cumplimiento de sus deberes y dedicación al hogar (Gallego Méndez, 2006).

Tanto la Sección Femenina como la literatura normativa y religiosa difundirán las consignas franquistas que crearán las bases sobre las que se asentará el nuevo régimen y la orientación de la mujer hacia lo privado y doméstico, cimentadas en la exaltación de la tradición, el rechazo de la modernidad y la eliminación de cualquier transformación que, en el ámbito de las relaciones, se hubiera producido anteriormente. Tras la Guerra, la Sección Femenina que contaba ya con seiscientas mil afiliadas, continuará su labor formadora infundiendo a las mujeres la ideología franquista (Gómez-Ferrer, 2006):

Se parte de la idea de que hombres y mujeres, ... deben desempeñar distintas funciones sociales; ... y se las coloca de nuevo en una posición relacional respecto a los varones, posición que intenta sublimarse a través de la figura de la madre, piedra angular de la sociedad (p. 20).

3.4. TIEMPO DE SILENCIO (1939-1975).

3.4.1. *Cocina, Iglesia y niños (hasta 1949).*

Durante la guerra se van perfilando los tres principales terrenos de la intervención destinada a redefinir la identidad femenina según criterios de género: el trabajo, la instrucción y la moral pública, incluyendo en esta última el control del cuerpo femenino (Di Febo, 2006), p. 219.

La recuperación del papel femenino tradicional se inicia en 1938 con la derogación de las leyes del matrimonio civil y del divorcio. Así mismo, la aprobación del Fuero del Trabajo "resumió en forma y contenido todos los criterios patriarcales de género, anticipados y teorizados ya por los comentaristas fascistas coetáneos" y aportó elementos de derecho civil y político, con el objeto de reemplazar a la Constitución de 1931 y a toda la legislación republicana (Tavera García, 2006), p. 244. En dicho Fuero se dispone que el Estado regulará el trabajo a domicilio y liberará a la mujer casada del taller y de la fábrica y se define a la familia como "célula primaria natural", fundamento de la sociedad" e "institución moral dotada de derecho inalienable y superior a toda ley positiva". Este mismo año la ley de Subsidios Familiares declara en su preámbulo: "Es consigna rigurosa de nuestra Revolución elevar y fortalecer a la familia en su tradición cristiana, sociedad natural y perfecta y cimiento de la Nación" (Di Febo, 2006), p.219.

A través del ordenamiento jurídico y del adoctrinamiento se impulsó un modelo de mujer que se inscribía plenamente en el proyecto político-ideológico global y reflejaba la ideología, burguesa y católica decimonónica, de la doble esfera (lo público para los varones, lo privado para las mujeres). Así mismo, la doctrina de las distintas capacidades y funciones naturales: segregación espacial, dependencia, sumisión y desigualdad de derechos (Ruiz Franco, 2007; Sarasúa & Molinero, 2009).

De este modo se irá configurando un nuevo Estado en el que la asimetría de género asume el sentido de un reparto necesario de misiones, de igual dignidad y valor, entre hombres y mujeres. A ellas se las dirigirá hacia lo privado, el "hogar cristiano", el papel maternal y las funciones educativas y patriótico-religiosas, mediante leyes dirigidas al reforzamiento de este papel, como los premios de maternidad; los subsidios familiares a partir del segundo hijo; el castigo del aborto y la propaganda anticonceptiva; el alejamiento del trabajo a cambio de una dote; el aumento de la remuneración del trabajador para que su mujer deje de serlo, o la prohibición del empleo de la mujer casada a partir de determinados ingresos que perciba su marido (Di Febo, 2006).

Esta defensa de la maternidad y la limitación de la actividad laboral de la mujer respondían también a factores socioeconómicos, ya que, por una parte, se necesitaba aumentar la natalidad para rellenar el vacío demográfico y, por otra, limitar el paro masculino. Para este fin se establecieron más mecanismos disuasorios, como la exclusión de las mujeres de determinadas actividades y trabajos; la imposibilidad de una formación profesional adecuada; la "excedencia forzosa" por matrimonio; la discriminación salarial y la "tutela marital", es decir, la necesidad de la autorización del marido para firmar contratos de trabajo, ejercer actividades comerciales y administrar el propio sueldo (Bautista Parejo, 1996; Di Febo, 2006; Tavera García, 2006; Valiente, 1997).

Se utilizaron, además, argumentos relacionados con las cualidades y capacidades femeninas, como su naturaleza antiintelectual; que "volcarse en las carreras" iría en detrimento de lo específico femenino; su incapacidad para la abstracción, la racionalidad y los comportamientos concretos, y su falta de creatividad. Argumentos que, al mismo tiempo, servirán para orientarlas hacia profesiones consideradas más apropiadas, debido a sus atributos de intuición, disponibilidad, renuncia, sacrificio y paciencia, como maestras o enfermeras, administradoras de otros hogares, costureras o modistas (Di Febo, 2006; Sarasúa & Molinero, 2009).

La dictadura franquista truncó la trayectoria de cambio social en la experiencia colectiva de las españolas (Nash, 2006) e impuso un marco de silencio que afectó a todos, aunque la

asimetría se manifestó en el control y la marginación de las mujeres, que fueron sometidas a rígidas normas de comportamiento para mostrar al conjunto de la sociedad que cada uno tenía su espacio y que la transgresión no tenía cabida (Sarasúa & Molinero, 2009).

De este modo, el rol de la mujer española fue básicamente el de madre; su actividad preferente la doméstica; su marco la casa, y su vocación la de esposa y madre. La ideología franquista adoptó el modelo construido por el fascismo europeo que se resumía en: cocina, iglesia y niños, como los tres espacios que le correspondían, simbólicos de su inferioridad respecto del hombre y de su natural destino para lo doméstico. La mujer era considerada un ser inferior y dependiente que necesitaba ser protegido y cuyo fin último era la reproducción (Ruiz Franco, 2007).

La Iglesia y la Sección Femenina se ocuparon del adoctrinamiento. El discurso de la Iglesia apoyó la exaltación de la familia y la vuelta de la mujer al mundo doméstico, haciendo inimaginable cualquier idea de autonomía femenina (Pastor, 1984; Ruiz Franco, 2007) y promovió una moral sexual y familiar muy tradicional y antifeminista que se identificaba con las expectativas del régimen. La Acción Católica - que se reconstruirá tras la guerra y que en 1942 ya tiene grupos de mujeres en todas las diócesis -, continuará siendo la principal organización confesional católica que se ocupará de realizar actos religiosos e iniciar círculos de estudios y cursillos, en principio sobre temas específicos y, posteriormente, de formación profesional (Rodríguez de Lecea, 2006).

La Sección Femenina, que adquiere protagonismo e influencia a partir de 1939, promoverá en todo el territorio nacional, fundamentalmente a través de la asignatura de Hogar y del Servicio Social, actividades de formación, adoctrinamiento y control de la mujer, inspiradas en el falangismo y en el catolicismo. El Servicio Social duraba seis meses y era obligatorio - salvo para las mujeres casadas, viudas, monjas y jóvenes con ocho hermanos solteros - para conseguir empleo en la administración pública y obtener el carnet de conducir, el pasaporte y cualquier tipo de diploma (Di Febo, 2006). En los años siguientes, la organización llegaría a tener una amplia red de centros e instituciones: albergues, hogares rurales, escuelas de hogar, talleres artesanos, granjas escuelas, escuelas y colegios de bachillerato, residencias universitarias y universidades laborales (Tavera García, 2006).

La educación constituyó el otro pilar de la construcción del modelo de mujer franquista. Se eliminó la coeducación y las chicas recibían una educación diferente, como diferentes eran las funciones sociales que habían de cumplir, destinada a promover la “feminidad más rotunda” y a dotarla de los recursos necesarios para gobernar moral y económicamente el hogar (Di Febo, 2006; García de León, 2006; Sarasúa & Molinero, 2009). Las niñas tenían el futuro pautado. En las familias “bien” iban a un colegio, casi siempre de monjas, y seguían la enseñanza reglada hasta la pubertad para, a continuación, prepararse para actividades femeninas; en caso de adquirir una profesión, la abandonaban al casarse. En el otro lado del abanico social iban unos pocos años a la escuela y pronto comenzaban a trabajar, sin que el matrimonio, ni a veces los hijos, las alejaran de un trabajo remunerado (Tavera García, 2006).

Esta educación, discriminatoria e insuficiente, desalentaba a las mujeres a trabajar y las incapacitaba para los trabajos cualificados (Alberdi, 1986; Ballarín Domingo, 2001; Sarasúa & Molinero, 2009). Si a ello se añade que el trabajo era para los cabezas de familia y para las solteras, se puede afirmar que el franquismo expulsó a las mujeres del mercado de trabajo regular, especialmente del mejor pagado, y de las profesiones liberales que habían empezado a desempeñar en los años treinta, y las relegó a las actividades domésticas o al empleo sumer-

gido. De este modo, en 1940, la tasa de actividad femenina continuaba siendo inferior al 9% (Sarasúa & Molinero, 2009).

Varias autoras, sin embargo, afirman que estas cifras oficiales se corresponden poco con la situación real de las mujeres de las clases trabajadoras, ya que, aunque el régimen impusiera un modelo de hogar sostenido sólo por el varón, la difícil situación económica lo hacía inviable y muchas mujeres, algunas desde su infancia, se vieron obligadas a buscar un medio de vida (Borderías & Pérez-Fuentes, 2009; Borderías, 2009; Durán, 1972; Sarasúa & Molinero, 2009). Además, estudios realizados en diversas zonas del país, encuentran que las tasas tan bajas obedecen a un subregistro del trabajo femenino (Fernández Gómez, 2003; Pérez-Fuentes, 2003); muestran, también, cómo el trabajo irregular y sumergido de las mujeres fue un elemento clave para la supervivencia de las clases trabajadoras hasta bien avanzado el siglo XX y que este tipo de trabajos pudo deberse no sólo a la escasez de oportunidades laborales, sino también a una estrategia adaptativa que no conculcara abiertamente el modelo de domesticidad y respetara el monopolio de los varones sobre los mercados regulares del trabajo (Borderías & Pérez-Fuentes, 2009; Borderías, 2009; Durán, 1972; Sarasúa & Molinero, 2009).

De este modo, las mujeres se situarán en los sectores menos productivos y cualificados, en el empleo sumergido y estacional, mal pagado, sin contrato, realizado en condiciones precarias y durante jornadas interminables; lo que pone en evidencia no sólo la diferencia de oportunidades sino también las distintas percepciones y autopercepciones e, incluso, la ocultación e invisibilidad del trabajo que realizaban (Sarasúa & Molinero, 2009). Este empleo se mantuvo especialmente en la agricultura; en la industria de bienes de consumo y en el servicio doméstico y afines. También hubo emigración femenina a las ciudades de dentro y fuera de España (Borderías & Pérez-Fuentes, 2009; Pérez-Fuentes, 2003; Tavera García, 2006).

El trabajo reproductivo también fue duro para las mujeres de la época. Ellas, que en muchos casos eran las cabezas de familia, debieron suplir la falta de recursos, el desabastecimiento y la inexistencia de servicios públicos básicos, con multitud de actividades irregulares (compra y venta en el mercado negro, venta callejera, producción doméstica de ropa y alimentos, entre otras) que resultaban indispensables para alimentar a sus familias (Sarasúa & Molinero, 2009).

La contribución de las mujeres a la recuperación de la sociedad española tras la Guerra Civil también se nutrió de la lucha clandestina y de otras formas de oposición y resistencia que aún están poco estudiadas.

Son actos probablemente dictados por las emergencias cotidianas, pero en la España de los años cuarenta y cincuenta, más que nunca aparece difuminada la frontera entre las reivindicaciones y las protestas determinadas por la necesidad de sobrevivir y la oposición a la dictadura (Di Febo, 2006), p. 236.

En este tiempo muchas mujeres recorrían a pie media España para visitar a sus familiares presos, mantener viva su esperanza y proporcionarles los medios indispensables para sobrevivir. Allí, en las puertas de las cárceles, comenzaron a surgir los primeros intentos de unir fuerzas y conatos de asociación. Las mujeres fueron, también, enlaces con las organizaciones clandestinas; presentaron demandas para sus familiares; se manifestaron, se encerraron en las iglesias y denunciaron en ellas la situación de los presos. Aprovecharon mercados y escuelas para pedir unas mínimas garantías democráticas y poner de manifiesto los problemas comunes, pero, en general, fueron acciones individuales contra la dictadura (Díaz Sánchez, 2006).

El cuerpo femenino también es objeto de atención en este período, no sólo centrada en la procreación, sino también como peligro y amenaza. La preocupación por la desnudez es tal que, en 1941, se prohíbe tomar baños de sol sin albornoz y el baile se convierte en el blanco de una auténtica cruzada. En las revistas femeninas - ¡Hola!, Ellas, Siluetas, Lecturas y la Moda de España – se dan consejos para ser buenas amas de casa y seducir al marido, aunque en los años siguientes comienzan a aparecer en ellas nuevas indumentarias, como la falda-pantalón y el traje de baño sin faldilla (Di Febo, 2006).

Sin embargo, apenas tienen efecto en España los cambios que en la moda, las costumbres y la condición femenina se producen en Europa al finalizar la Segunda Guerra Mundial. Al contrario, “contribuyen a reforzar la denuncia de los errores de la modernidad” (Di Febo, 2006), p. 228. Tras ella, en 1945, Franco se ve obligado a adecuar su imagen política a la situación internacional y dicta el Fuero de los Españoles, pero éste no cambia la situación de la mujer sino que mantiene los criterios que establecía el Fuero del Trabajo, sin mención alguna a ella y a sus derechos individuales (Tavera García, 2006).

3.4.2 Malestar, fracturas y contradicciones (hasta 1959).

Se produce durante esta década un aumento de la participación de las mujeres en el sistema educativo y en los trabajos remunerados, se crean y estabilizan nuevas profesiones femeninas y se promueve, desde el propio régimen, una campaña a favor de una mayor igualdad. Esta situación conduce a una serie de cambios legales que arrancan en 1958, con la reforma del Código Civil (Tavera García, 2006). Sin embargo, la importancia de esta reforma “deriva más del clima de debate que generó sobre la situación jurídica de las mujeres que de los mismos cambios” (Muñoz Ruíz, 2006), p. 283.

La Acción Católica comienza un programa de promoción de la mujer con el fin de sensibilizar a sus afiliadas acerca del papel que debían asumir. Y, al amparo de lo religioso, y siempre con la finalidad específica de difundir la moral cristiana, se facilita a algunas mujeres la posibilidad de participar en grupos y organizaciones internacionales que les permiten relacionarse con personas y valores diferentes a los que podían verse en el cerrado ambiente cultural español. Así van surgiendo voces de mujeres, libros y grupos que, de manera más o menos directa, “denuncian la idealizada armonía oficial del trabajo del hogar y la pretendida abnegación que esclaviza en la realidad a las mujeres, y que las sitúa en inferioridad de condiciones respecto al varón” (Rodríguez de Lecea, 2006), p. 271.

También se advierte en la Sección Femenina un giro para adecuarse al horizonte internacional y algunas mujeres de la organización comienzan a distanciarse de la normativa vigente y a establecer fisuras que les permiten conseguir un cierto grado de autonomía (Gómez-Ferrer, 2006).

Del mismo modo hubo voces de escritoras que se enfrentaron al silencio, no enmudecieron. Ellas fueron: Josefina Aldecoa, Rosa Chacel, Carmen Laforet, Ana M^a Matute, Carmen Martín Gaité o Mercè Rodoreda (De la Fuente, 2006):

Tampoco hicieron suya la consigna franquista de recluirse en las paredes del hogar. Bucearon con mirada moderna y existencialista en la intimidad de sus personajes, pero no nos hurtaron los conflictos sociales latentes y el éxodo del campo a la ciudad. Escribieron su propia historia yendo más allá de los visillos. Su escritura no sólo fue un ejercicio de libertad individual y de expresión creativa, sino una fuerza transgresora (p. 299).

Las fracturas y contradicciones del modelo social comenzarán a manifestarse. A pesar de que se mantiene la influencia religiosa en las costumbres y en la indumentaria de las clases populares, tanto del campo como de la ciudad, y muchas mujeres continúan vistiendo severos hábitos marrones o morados, a cambio de un favor divino y como cumplimiento de una promesa (Tavera García, 2006), se inicia la publicación, a mitad de la década, de un número importante de revistas dedicadas al público femenino, de entre las que destacan en cuanto al número de lectores: Ama, Asumpta, Cristal, Garbo, El Hogar y la Moda, ¡Hola!, Ilustración Femenina, María Luisa, Marisol, Mujer, Telva y Teresa (Muñoz Ruíz, 2006).

Un elemento fundamental de estas revistas, que tiene un gran significado en la realidad social, es que sus protagonistas, y la mayoría de sus lectoras, son mujeres; mujeres de clase media y amas de casa. En ellas se tratan los temas que se supone que les interesan, o deben interesarles, para poder cumplir su papel en la vida: cocina, belleza, hogar, moda y relatos sentimentales y, algunas, también, decoración, niños, labores, consultorio, horóscopo y ocio (Muñoz Ruíz, 2006). Desde esta prensa se difunde un arquetipo femenino que hace referencia, no tanto a la mujer real de la sociedad española del momento sino a otro modelo soñado que se percibe al alcance de las españolas. En sus artículos abundan informaciones sobre la línea ideológica de la revista en cuestiones de género, en las que se observa un contenido tradicional y moralizador. Contienen también reportajes y entrevistas que permiten acercarse a tipos femeninos, como actrices, cantantes, princesas o mujeres con una actuación concreta en el espacio público, que se presentan como modelos o se critican. La publicidad se centra en productos de consumo no necesarios relativos a la cocina, la moda o la belleza (Muñoz Ruíz, 2006).

3.4.3 Cambios, reivindicaciones y permanencia (hasta 1975)

En las década de los años sesenta y setenta la sociedad española cambió de forma notable haciéndose más permeable a las transformaciones que el sistema económico, algo más abierto, comenzaba a desarrollar. Aparecen signos de una tímida sociedad de consumo y de una aún más tímida sociedad del bienestar (Díaz Sánchez, 2006), p. 349.

El impulso que comienza a experimentar la sociedad española desde el inicio de la década de los años sesenta confluirá con movilizaciones y reivindicaciones de las vanguardias de los movimientos feministas y producirá una notable transformación de la situación de la mujer y de las relaciones de género. La industrialización, el proceso migratorio, el turismo, entre otros, junto al reconocimiento de derechos educativos, civiles y políticos supondrán la incorporación masiva de las mujeres al ámbito público y cambios igualitarios en el ámbito familiar (Tavera García, 2006). A todo lo anterior vendrá a sumarse un equipamiento doméstico que se despliega en esta época y que va a constituir un elemento fundamental en la vida de las mujeres y en las propuestas de cambio de modelo. Los electrodomésticos constituyeron, en gran medida "el centro articulador de la ruptura ... con los viejos patrones del ama de casa más tradicional" (Alonso & Conde, 1994), p. 179.

También la educación comienza a ser menos clasista y menos sexista. La formación de las mujeres mejora, un mayor número accede a la educación y aumenta el período de escolaridad; nuevas profesiones de ciclo corto se añaden a las ya consideradas aceptables para ellas, como enfermería y magisterio, secretariado o azafata de vuelo. Y, comenzada una entrada fuerte a las enseñanzas medias, no había forma de disuadir a muchas para que no intentaran las carreras universitarias; de hecho, las mujeres son en los años setenta, por primera vez, el

30% del alumnado universitario. “No hay forma de mantener a las mujeres en las posiciones tradicionales si se produce un proceso de educación generalizada” (Valcárcel, 2006), p. 425.

Su mayor cualificación y el aumento de las necesidades de personal en la administración y en las empresas les permiten obtener trabajos más cualificados. Además, muchas jóvenes del campo se van a las ciudades para trabajar en el servicio doméstico que irán abandonando para desempeñar trabajos mejor pagados, y considerados, en fábricas y talleres. Estas nuevas situaciones cambian su papel en la familia, que también debe reorganizarse, y esto, a su vez, reordenará las relaciones de género e implicará fuertes transformaciones en la organización de la vida cotidiana (Díaz Sánchez, 2006).

También la escasez de mano de obra, consecuencia del “boom” económico del país, facilita la apertura del mundo del trabajo para las mujeres. En 1961 se promulga la ley de *Derechos Políticos, Profesionales y de Trabajo de la Mujer*, en la que se elimina la discriminación laboral por razón de sexo, con las excepciones de la Administración de Justicia, los Cuerpos Armados y la Marina Mercante; se declara la igualdad de salario, y se suprime la obligatoriedad de retirarse del trabajo remunerado al contraer matrimonio; si bien, hasta 1975, continúa exigiéndose la autorización del marido para su ejercicio (Pérez-Serrano, 1999; Ruiz Franco, 2007; Sarasúa & Molinero, 2009).

Este reconocimiento de los derechos de las mujeres no implicaba cambios ideológicos del régimen sino que respondía a las exigencias de la política económica del momento. Su objetivo no era otro que incrementar la población trabajadora, mediante la incorporación de las mujeres, para aproximarse a los niveles de productividad y bienestar de los países europeos más desarrollados (Tavera García, 2006). Las mujeres, además, constituían una mano de obra más barata (Díaz Sánchez, 2006).

Todos estos cambios socioeconómicos y educativos que afectaron a la situación de las mujeres se generalizarán, contra todo pronóstico y reticencia, en la década siguiente (Tavera García, 2006). “Cuando las mujeres consiguieron trabajos asalariados y tuvieron acceso igualitario a los niveles de enseñanza, se produjo un movimiento hacia adelante que no iba a ser fácil de detener” (Díaz Sánchez, 2006).

Las mujeres empiezan a participar en la vida política de las ciudades. Las organizaciones vecinales, de amas de casa o padres, constituirán un espacio fundamental para compartir sus aspiraciones y preocupaciones y darán vitalidad a los movimientos sociales de oposición a la dictadura. Se organizan redes asociativas, algunas independientes y otras vinculadas a los partidos políticos que estaban, todavía, en situación de clandestinidad (Díaz Sánchez, 2006).

A partir de este momento la lucha de las mujeres unirá fuerzas y la movilización irá ganando la calle en lucha por los derechos democráticos y de las mujeres, y desencadenará la respuesta necesaria para que el año 1975 pudiera ser el punto de arranque del feminismo en España (Díaz Sánchez, 2006). “Surgirá así, en aquel incipiente movimiento feminista, un debate sobre la conveniencia de llevar a cabo una doble militancia: en el feminismo y en los partidos políticos” (Pérez-Serrano, 2006), p. 370.

Entre estas organizaciones fue pionera la Asociación de Mujeres Universitarias que, constituida en 1920, vuelve a la actividad en 1953. Pero hubo otras muchas: el Seminario de Estudios Sociológicos sobre la Mujer (SESM), constituido en 1960 como un grupo de estudio minoritario; el Movimiento Democrático de Mujeres (MDM), creado en 1965 con una militancia ideológicamente plural y que pocos años más tarde promoverá la constitución de las Aso-

ciaciones de Amas de Casa y del Hogar; la Asociación Española de Mujeres Separadas que se constituye en 1974; la Asociación de Mujeres Juristas, fundada en 1971; el Seminario Colectivo Feminista, el Colectivo Feminista de Madrid y el Colectivo Jurídico Feminista, constituidos en 1975 (Pérez-Serrano, 2006).

En los años finales de la dictadura, las mujeres también desempeñarán un papel muy activo en los sindicatos - todavía ilegales - que comienzan a crecer de forma imparable; a pesar de las enormes dificultades con las que se encontraron para penetrar y de que apenas conseguirán ocupar cargos de responsabilidad hasta que se creen las Secretarías de la Mujer, años después de la transición (Díaz Sánchez, 2006).

También funcionan grupos de mujeres en las organizaciones de la Iglesia, no sólo en la Acción Católica sino en las Congregaciones Marianas, en la Hermandad Obrera de Acción Católica (HOAC) y en la Juventud Obrera Católica (JOC). Todas estas organizaciones se disuelven prácticamente al chocar su posición con la de la jerarquía eclesiástica, coincidiendo con la publicación de la encíclica *Humanae vitae*, en 1968, que termina con las expectativas que había despertado el Concilio Vaticano II en los círculos católicos progresistas, ya que no reconoce el papel de la mujer en la sociedad y no da ninguna solución a los problemas de concepción. En ella se plantea "una moral sexual en la que las mujeres son definidas por su función maternal y subordinadas al varón en la unidad familiar" (Rodríguez de Lecea, 2006), p. 274. Los miembros de las organizaciones católicas se integran en grupos políticos y sindicatos o fundan otros, como Cristianos por el Socialismo. Algunas de las mujeres que siguieron esta trayectoria fueron: Paquita Sauquillo, Pilar Lucendo, Manuela Carmena o Carmen García-Nieto (Pérez-Serrano, 2006; Rodríguez de Lecea, 2006).

Las Naciones Unidas declaran 1975 como Año Internacional de la Mujer. Este mismo año se promulga la ley 14/1975 que, entre otros aspectos, suprimía la licencia marital y facultaba a las mujeres para trabajar sin expresa autorización de su cónyuge (LEY 14/1975, de 2 de mayo, sobre reforma de determinados artículos del Código Civil y del Código de Comercio sobre la situación jurídica de la mujer casada y los derechos y deberes de los cónyuges). Esta ley iniciaba el camino de otros muchos nuevos cambios legislativos que se irán produciendo a lo largo de la transición (Pérez-Serrano, 2006).

Todos estos hechos tienen su reflejo en los cambios en la indumentaria de las mujeres. Aunque con retraso respecto a los países de nuestro entorno, las mujeres de las clases medias urbanas incorporan el bikini, que introdujeron las turistas en las playas españolas; los pantalones, que hacían furor en Francia en 1964; la minifalda y los panti, que se generalizaron al recortar el largo de las faldas (Tavera García, 2006):

Si se pudiera hablar de una moda que hubiera hecho añicos los hábitos de sumisión doméstica, ésta vino por supuesto del norte y, en especial, de París, la ciudad que en 1968 fue capaz de revalidar de nuevo su condición como capital de los movimientos sociales contemporáneos (p. 261).

Las revistas femeninas de la época empiezan a incluir secciones sobre profesiones y trabajos que indican alguna variación en los intereses de las españolas respecto a sus funciones tradicionales, explicitando que la nueva mujer española debe estar abierta a la sociedad sin perder su posición en el hogar. Sin embargo continuaban ofreciendo modelos normativos que "eran regresivos hasta lo espeluznante". En ellos las mujeres seguían dividiéndose por su estado civil y en relación con los varones (Valcárcel, 2006), p. 427. La publicidad contribuye, también, a construir la nueva ama de casa: "un nuevo tipo de ama de casa "ingeniera" de su

hogar que sustituyera sus viejos saberes y prácticas, su “anticuada y penosa vida” anterior, por los nuevos equipamientos de consumo” (Alonso & Conde, 1994), pp. 178-79.

De este modo, el modelo de mujer que se propone añade a su papel tradicional de esposa-madre-ama de casa, cualidades y capacidades modernas. Es una mujer que lo hace todo: trabaja, porque los nuevos tiempos así lo exigen, pero sigue siendo el ángel del hogar; se cultiva para ser la compañera de su marido y la mejor educadora de los hijos pero no deja de ser buena cocinera. En esta dialéctica de la permanencia y los cambios no se ponen en cuestión las bases del modelo tradicional. A pesar de transformar a la esposa en compañera y a la madre en educadora, se reafirma su adaptación al marido, a sus gustos y necesidades; la relación de dependencia personal y económica, y una esfera de influencia separada y diferente de la de los varones. La propuesta resulta así paternalista y contradictoria: pretende que las mujeres salgan del hogar protector y tomen contacto con la realidad social; las libera del encierro doméstico pero las ata a interminables jornadas de trabajo, ya que no pone en cuestión el sistema de relaciones de género vigente y no afecta a los varones que siguen desenvolviéndose únicamente en el ámbito público (Muñoz Ruíz, 2006). “Pues bien, pese a esa rigidez de los modelos oficiales, la realidad estaba cambiando rápidamente. Un rasgo de la mayor importancia, la tasa de natalidad, lo mostraba” (Valcárcel, 2006), p. 427.

Algunas revistas de información general reflejarán las transformaciones de la sociedad española. Triunfo, entre ellas, fue el referente intelectual durante las décadas sesenta y setenta. Fundada en 1946 como semanario cinematográfico, se transforma en 1962 en una revista de información general que encarna las ideas y la cultura de la izquierda y es símbolo de la resistencia intelectual contra el franquismo. Sufrió innumerables multas, secuestros y cierres, uno de ellos por un monográfico sobre “El matrimonio”, publicado en 1972, hasta su desaparición en 1982. En esta revista tendrán cabida los conflictos y debates de la sociedad española de la época, como el relacionado con el control de la natalidad en los años sesenta. La aparición de la píldora anticonceptiva en los últimos años de la década anterior suponía para las mujeres no sólo el control de su fecundidad, sino, lo que es más trascendental, el acceso a una sexualidad más libre. Según el Informe Foessa de 1970, la mayoría de las familias tienen dos hijos, les siguen las que tienen tres y después las que tienen uno, lo que plantea un importante cambio de tendencia con respecto a sus madres (Muñoz Ruíz, 2006).

En resumen, se asiste durante estos años a una evolución del papel femenino en la familia y en la sociedad, que no implica transformaciones estructurales del modelo de mujer pero que introduce fracturas, nuevos elementos de valoración, que ofrecen pistas para adentrarnos en los comportamientos así como la oportunidad de entender las contradicciones en los modelos y la evolución producida en la siguiente década (Muñoz Ruíz, 2006).

3.5. TIEMPO DE RUPTURA Y VISIBILIDAD (1976-1999).

El silencio comienza a resquebrajarse en el momento en que desde diversos ámbitos se siente la necesidad de un cambio y la sociedad empieza a moverse. En este contexto, las mujeres, construirán sus propios movimientos y colaborarán activamente en el asentamiento de la democracia. En el momento actual se ha logrado la igualdad en el ámbito del *saber* pero queda pendiente la del *poder* (Gómez-Ferrer, 2006).

La transición es un período de mucha conflictividad social y las mujeres de todos los sectores sociales se incorporan a la actividad sindical y política y desempeñan un papel activo en las movilizaciones,

ya que a la discriminación legal, educativa, laboral y social que continúan sufriendo se sumará su salida masiva del mercado de trabajo regular y su incorporación, de nuevo, a sectores sumergidos y precarios que se produce durante la recesión económica coincidente con el inicio de la democratización (Díaz Sánchez, 2006). Esta situación agudizará las desigualdades sociales y de género, ya que la protección social sigue privilegiando a los hombres (Díaz Sánchez, 2006; Gallego Méndez, 2006; Sarasúa & Molinero, 2009).

Las mujeres se organizan en asociaciones, algunas feministas e independientes de los partidos, como el Frente de Liberación de la Mujer, en 1976, para quien el feminismo y la lucha política eran inseparables y que no sólo luchó por la derogación de las leyes discriminatorias contra la mujer sino también por las libertades democráticas, la amnistía o la abolición de la pena de muerte. Este año se organiza también la Asociación Universitaria para el Estudio de los Problemas de la Mujer (AUPEPM) (Pérez-Serrano, 2006).

Tras las elecciones generales de 1977 se crea en el Ministerio de Cultura la Subdirección General de la Condición Femenina, después denominada de la Mujer, y que, tras las elecciones de 1982 ganadas por los socialistas, se convertirá en el Instituto de la Mujer, organismo autónomo con rango de Dirección General (Pérez-Serrano, 2006). Al mismo tiempo se llevan a cabo múltiples reformas en el ordenamiento jurídico que suponen un gran avance en los derechos de las mujeres y que conducen a la consecución de una igualdad formal ante la ley respecto a los hombres, se puede decir que, por primera vez en su historia (Bautista Parejo, 1996).

Este proceso se inicia con la Constitución de 1978, que recoge la no discriminación por razón de sexo y cuyo desarrollo dará lugar en los años posteriores a una lista de revisiones legales para acomodar esta doctrina a disposiciones de menor rango que todavía mantenían discriminaciones y dificultaban la incorporación de la mujer a todo tipo de estudios, trabajos y profesiones, así como al resto de los aspectos de una vida social, política y sexual plena en una sociedad democrática. Se despenalizarán el adulterio, el amancebamiento y la información sobre los anticonceptivos; se modificará, en 1981, el Código Civil en lo relativo a la patria potestad, régimen económico del matrimonio, administración de los bienes gananciales, filiación, separación, nulidad, divorcio y aborto; este último no fue despenalizado en determinados supuestos hasta 1985 y, en 2010, se produce su regulación en plazos (Folguera & Cabrera Bosch, 1988; Folguera, 2006; Pérez-Serrano, 2006).

Con la implantación de la democracia la situación de la mujer sufrirá una profunda transformación, a la que, sin duda, contribuirá la emergencia del movimiento feminista, en sus dos principales corrientes, la de orientación marxista y la radical; que adquirió así su verdadero peso como movimiento del cambio social y político, y en lo privado y personal. "El feminismo ponía en cuestión y socavaba todas las verdades aceptadas a propósito de cuál era el lugar y el papel correcto de las mujeres" (Valcárcel, 2006), p. 423.

Sin embargo, una vez resueltos los cambios legislativos, se observa que es nula la presencia de las mujeres en los puestos de poder. La divergencia en posiciones y deberes de las españolas que había venido justificándose por su deficiente formación comenzó a desmontarse, ya que mujeres con la misma formación y similar destreza eran sistemáticamente obviadas y relegadas, lo que hacía cada vez más evidente que el sistema por sí solo no abriría sus lugares más altos a la presencia femenina. "Esto recibió un nombre, techo de cristal, y reorganizó de inmediato la agenda" (Valcárcel, 2006), pp. 429-430.

De esta constatación surgieron dos frentes, el académico y el político que más tarde llegaron a confluir. A partir de 1978 comienzan a surgir en las Universidades, Centros y Seminarios de Estudios de las Mujeres configurados como espacios abiertos de debate y reflexión que cuestionan las bases del conocimiento que se transmite en las aulas universitarias, inician la

crítica al carácter androcéntrico del discurso científico y desarrollan investigaciones orientadas a recuperar la experiencia y las aportaciones de las mujeres en la ciencia. En 1987 se reúne en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), bajo la dirección de Celia Amorós, el primer grupo de investigación sobre mujer y poder (Folguera, 2006).

Paralelamente, las mujeres socialistas comienzan a moverse en el seno del partido para abrir el debate y la agenda de las cuotas. Los nombres insoslayables de esa etapa son los de Matilde Fernández, Pepa Pardo, Carmen Romero, Carlota Bustelo y Carmen Martínez Ten. En 1992, organizado por el Instituto de la Mujer, se desarrolla un curso en la Universidad Menéndez Pelayo que presenta directamente el tema del acceso de las mujeres al poder público político: “comenzaba a aparecer lo que pocos años después constituiría la agenda de la paridad” (Valcárcel, 2006), p. 430.

Aunque los cambios en el ámbito de lo público y político eran más visibles, se percibían también en el ámbito de lo privado. Muchos temas, como la sexualidad, los papeles sexuales, la maternidad, las relaciones de pareja o el reparto de tareas, comienzan a formar parte del debate, no sólo en el plano teórico sino también en la vida personal.

También se percibe un cambio de actitudes del conjunto de las mujeres que están transformando de forma radical las relaciones de género entre hombres y mujeres, los hábitos y costumbres de la vida privada del conjunto de ciudadanos y, por último, están influyendo de forma decisiva en una mayor democratización de la vida pública y privada de las españolas y los españoles (Folguera, 2006), p. 461.

El fenómeno más importante que se ha producido en estos años es la existencia de una corriente de opinión entre las mujeres, de todas las edades, clase y profesiones “que se orienta hacia la ruptura de viejas pautas de comportamiento y rechaza las actitudes patriarcales de los sistemas de poder y de los hombres” (Folguera & Cabrera Bosch, 1988), p. 128; ruptura que se materializa en el deseo de alcanzar independencia económica, afectiva, personal y profesional. Las jóvenes generaciones de mujeres están asumiendo sus compromisos y poseen aspiraciones muy consolidadas, aunque reconocen que todavía es necesario acabar con las diferentes retribuciones salariales, la falta de conciliación de sus aspiraciones como trabajadoras y madres y los desencuentros con los varones de su generación “fruto, sin duda, de la diferente asignación de funciones y de su resistencia, aún generalizada, a mantener relaciones de igualdad y equidad con una generación de mujeres que es la mejor formada de toda la historia de España” (Folguera & Cabrera Bosch, 1988), p. 129. Al mismo tiempo, la sociedad española ha aceptado mayoritariamente el modelo de mujer independiente, moderna y autónoma. Puede afirmarse que si algo caracteriza a las mujeres españolas de las décadas finales del siglo frente al papel tradicional representado en las etapas anteriores es: “un conjunto de actitudes diferentes, cambiantes y en muchos casos contradictorias pero que, en términos generales, pueden caracterizarse como actitudes de apertura y más aún, de secularización” (Santamarina, 2000), pp. 162-63.

Sin embargo, aunque las mujeres españolas han resuelto en gran medida su histórica falta de protagonismo, han “alcanzado un notable grado de reconocimiento sobre su propio papel en las diferentes realidades que habitan y protagonizan” (Santamarina, 2000), p. 26, y han dejado de estar sometidas a un poder masculino incuestionable, ni está todo conseguido ni la situación es homogénea para el conjunto de las mujeres.

esta nueva realidad moral, política, jurídica, económica, social y cultural, en principio más equitativa y abierta, más respetuosa y cooperante entre los sexos, implica, inexorablemente, la necesidad de poner en evidencia la existencia de nuevos con-

flictos a los que se enfrentan las mujeres. Nuevos conflictos que implícitamente a través de su propia elocuencia discursiva, despejan totalmente, cualquier idea entusiasta sobre la historia como punto de llegada Antes bien, muestran hasta qué punto la historia es una constante puesta a prueba de la posibilidad de resolución colectiva de las nuevas formas de tensión entre realizaciones y obstáculos, entre esquemas y correcciones, entre intentos verdaderos de equiparación y superación de diferencias antagónicas y nuevas formas de presentar sutiles arquetipos que ordenan persuasivamente las relaciones entre mujeres y varones (Santamarina, 2000), p. 26.

3.6. FRONTERAS, RETOS Y CONFLICTOS EN EL SIGLO XXI.

En los últimos treinta años en España se han producido cambios valorativos irreversibles, de los cuales, los más significativos son aquellos que afectaron a las estrictas normas femeniles. Se produjeron porque el estatuto de la población femenina cambió, a la vez que los cambios valorativos legitimaban y aceleraban el proceso de cambio. Las mujeres comenzaron a tener los mismos insumos educativos que los varones; la natalidad descendió bruscamente. Las expectativas vitales de las generaciones posteriores a los sesenta viraron y las mujeres entraron en el mundo del empleo. La sociedad española acabó con un predominio religioso que había durado siglos. Pero ahora, en nuestro presente, es una nueva parte de la agenda la que está dando imagen a ese cambio. Tras la reflexión sobre el poder, el feminismo español abrió la agenda del poder. Eso significó visibilidad, presencia y cuotas y precisó una gran masa de esfuerzo político (Valcárcel, 2006), pp. 428-29.

Durante la década actual del siglo XXI se han seguido introduciendo cambios estructurales en nuestra sociedad para continuar sentando las bases de una sociedad igualitaria y no discriminatoria. Se han aprobado dos leyes Orgánicas: la 1/2004 de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* y la 3/2007 para la *Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres*. Y, en 2006, la ley de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. De igual modo, se ha puesto en marcha el Plan Estratégico 2008-2011 para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y se han creado nuevos órganos administrativos, primero la Secretaría General de Políticas de Igualdad y el Ministerio de Igualdad, más recientemente, que han sentado las bases y han dotado de mayor impulso a las políticas que, desde los poderes públicos, se vienen desarrollando en pro de la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres (*Mujeres y hombres en España 2009*).

Para ofrecer una panorámica de la situación de las mujeres en el momento actual, recojo alguno de los datos más significativos publicados por el Instituto de la Mujer en 2009. Estos datos, que pueden ser consultados en la página Web del Ministerio de Igualdad (<http://www.migualdad.es/mujer>), reflejan no sólo el diferente papel social que desempeñan las mujeres en la actualidad sino también la importancia y trascendencia que se confiere a determinados temas, así como algunos cambios experimentados por la sociedad española en su conjunto y que afectan a la situación de la mujer (*Mujeres y hombres en España 2009*).

La población española ha experimentado un crecimiento del 14% en el período 2000-2008 y, aunque en este período ha sido mayor el aumento de la población masculina, las mujeres constituyen el 50,5% de la población. La relación hombre/mujer varía en función de la edad, hay menos mujeres hasta los 45 años y, a partir de esta edad, va aumentando su

número hasta haber 224,2 por cada 100 hombres de 85 años y más. Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, unos 6 años más, y estas cifras, tanto la esperanza de vida global como la diferencial, se han incrementado en los últimos años. Sin embargo, es ligeramente inferior el número de años que viven las mujeres en buena salud y, a partir de los 44 años, sufren más limitaciones y discapacidades (*Mujeres y hombres en España 2009*).

El incremento de la población, así como el de la natalidad que se ha producido en los últimos años - que se sitúa en 1,4 hijos por mujer -, se debe, fundamentalmente, al aumento de la población extranjera que constituye este año el 11,4% de la población residente y ha aumentado más de 8 puntos desde el año 2001 (*Mujeres y hombres en España 2009*).

La realidad familiar ha experimentado, igualmente, importantes cambios. Casi un tercio de los hogares está formado por dos miembros, han disminuido los formados por cinco o más miembros y se ha producido un aumento significativo de los hogares unipersonales. La tasa de nupcialidad ha descendido significativamente, a pesar del reconocimiento del derecho de las personas homosexuales a contraer matrimonio. Inversamente, desde 1981 que se aprobó la ley del Divorcio, no han dejado de incrementarse las disoluciones matrimoniales. La misma tendencia han tenido las interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) (*Mujeres y hombres en España 2009*).

Las mujeres están hoy significativamente mejor preparadas que hace un par de décadas. En el curso 2006/2007, eran mujeres el 54,7% del alumnado matriculado en la universidad y el 60,9% de los que se graduaron (*Datos Básicos del Sistema Universitario Español. Curso 2008/2009*), aunque las carreras técnicas siguen estando masculinizadas. Estas mayores tasas de escolarización y rendimiento de las mujeres se observan a lo largo de todo el sistema educativo, excepto en los estudios de doctorado, en los que sólo el 47,6% de las tesis aprobadas correspondieron a mujeres. El profesorado, igualmente, es mayoritariamente femenino, el 62,4%; excepto el universitario, en que el porcentaje se reduce hasta el 36,9%, y, de las cátedras, sólo el 14,4% están ocupadas por mujeres (*Mujeres y hombres en España 2009*).

La incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo ha sido, probablemente, el efecto más visible de los cambios sociales acaecidos. A pesar de ello su tasa de actividad sigue siendo más de 7 puntos inferior a la masculina. Así mismo continúan ocupando puestos peor remunerados – por razones atribuibles exclusivamente al sexo -, y de baja cualificación; tienen más contratos a tiempo parcial y siguen existiendo ocupaciones claramente feminizadas y, sin embargo, las mujeres ocupadas tienen mayor nivel de estudios que los varones (García de León, 2006; *Mujeres y hombres en España 2009*). Además, las mujeres dedican al trabajo doméstico más del triple del tiempo que los hombres, un promedio de 4,41 horas y 1,34 respectivamente (Durán, 2006).

Durante los últimos años se ha incrementado de forma espectacular la participación de las mujeres en los diferentes órganos de decisión. Su afiliación a los principales partidos políticos ha aumentado casi 13 puntos, entre 1984 y 2007, aunque su participación en los órganos ejecutivos es inferior a su afiliación. En las elecciones de 2008, son mujeres el 36,3% de la Diputadas y el 28,2% de las senadoras; es mayor, el 41,7%, su presencia en el conjunto de los parlamentos autonómicos. El Gobierno, sin embargo, es paritario desde 2004 y su participación en los Gobiernos Autonómicos y Ayuntamientos de más de 5.000 habitantes es de alrededor del 40%, aunque las alcaldesas sólo son el 14,6% (*Mujeres y hombres en España 2009*).

Pese a que el porcentaje de funcionarias en la Administración General del Estado es del 53,2%, sólo el 32% ocupan altos cargos. También es muy reducida la presencia de las mujeres en otros ámbitos políticos, como los órganos constitucionales (Consejo de Estado, Consejo General del Poder Judicial, Tribunal de Cuentas, Consejo Económico y Social, etc.), así como

en las altas instancias del poder económico y cultural (apenas alcanzan el 6,4% en las Reales Academias) (*Mujeres y hombres en España 2009*).

A pesar de los importantes cambios producidos en casi todos los ámbitos analizados y de que las mujeres hayan alcanzado un alto nivel de participación y visibilidad, todavía queda más por conseguir porque, de momento, "ser mujer no comporta todavía un trato justo ni equánime en casi ninguna de las esferas de actividad" (Valcárcel, 2006), p. 432. Seguimos observando cómo muchas mujeres continúan sufriendo discriminaciones por el mero hecho de ser mujeres y, a todas las que ocurren en la vida pública, hay que añadir las que afectan al ámbito doméstico:

el peso de los estereotipos y los viejos patrones siguen estando presentes, como lo demuestra la persistencia, por una parte, de situaciones de discriminación y, por otra, de conductas basadas en la sumisión de la mujer al varón, como es el caso de la violencia de género (*Las mujeres en cifras 1983-2008*).

Según la "Macroencuesta de violencia contra la mujer", en 2006, un 3,6% de las mujeres mayores de 18 años se declaraban víctimas de malos tratos, y un 9,6% podían ser susceptibles de ser consideradas como tales, al margen de lo que ellas declarasen. Durante el mismo año las mujeres presentaron 81.016 denuncias por malos tratos ejercidos por su pareja o ex pareja, cifra que no ha dejado de crecer desde 2002. Entre 1999 y 2008, 576 mujeres murieron víctimas de la violencia de género (*Mujeres y hombres en España 2009*). A ellas hay que sumar las 55 muertes producidas en 2009.

Para finalizar este capítulo quiero hacer referencia a las cuatro fronteras sociales que, para Durán (2006) tienen consecuencias específicas sobre la vida de las mujeres. Son las relacionadas con: la desnaturalización del cuerpo, los usos del espacio, los usos del tiempo y la producción de nuevos mitos que creen nuevos modelos de relaciones entre hombres y mujeres. Las denomina fronteras porque opina que "no es fácil identificar actores o movimientos organizados que puedan ejecutar retos y desafíos de gran envergadura, que posean la tensión y la fuerza interna necesarias para desempeñar un claro papel protagonista" (Durán, 2006), p. 466.

El cuerpo ha dejado de ser una frontera estable debido a los avances técnicos en biología y medicina que han modificado la relación entre el ser humano y su cuerpo, lo que junto al cambio de valores que disocian la reproducción de la actividad sexual abren la vía para formas desconocidas, diferentes y difíciles de imaginar, de mujeres y hombres, de familias y de organizaciones sociales. Estos cambios han sido espectaculares para ambos sexos, pero han sido más profundos en las mujeres (Durán, 2006):

porque han roto la tradicional asociación de lo femenino con lo natural, contrapuesta a la asociación de lo masculino con la racionalidad y la cultura. La principal ... consecuencia ... ha sido la conversión de la naturalidad de la maternidad en la opcionalidad de la misma (p. 468).

También se han tecnificado o *des-naturalizado* otros muchos aspectos de la relación con el cuerpo, desde la alimentación a la apariencia estética o el cuidado del cuerpo que ya han producido un gran aumento de la esperanza de vida, aún más prolongado para las mujeres. Esta situación les hace convivir con más frecuencia con la dependencia, la enfermedad y la muerte, propias y de sus seres queridos.

Los nuevos usos del espacio tienen que ver no sólo con el acceso a los espacios públicos, sino también con otros cambios, que afectan a hombres y mujeres, y que seguirán intensificándose en los próximos años: el nuevo tipo de vínculos político-territoriales no sólo con relación al estado autonómico y a la incorporación masiva y heterogénea de inmigrantes sino también con la movilidad en el espacio europeo; el uso creciente de espacios móviles que generan espacios de privacidad y autonomía de desplazamientos y que han modificado los lugares de residencia, de consumo y de ocio; la mayor disponibilidad de varios espacios propios de utilización temporal y cíclica; el retraso del acceso de los jóvenes a espacios domésticos propios, y la progresiva utilización de espacios institucionales por la población de edad avanzada (Durán, 2006).

Las fronteras del tiempo tienen que ver tanto con el ciclo de la vida como con la vida cotidiana. Los niños y las niñas que nacen ahora tienen una esperanza de vida próxima a los cien años; este alargamiento de la vida está modificando el modo en que se viven las diferentes etapas, especialmente el segundo tercio de vida, que habrá de llenarse de acontecimientos y actividades sobre los que no existen modelos o patrones. También está suponiendo que crezcan los años que las mujeres viven y esperan vivir ancianas y enfermas y, seguramente, solas y pobres. Por otra parte, el uso del tiempo en la vida cotidiana sigue mostrando la diferencia de carga de trabajo – remunerado más no remunerado - que soportan las mujeres en nuestro país que exigirá una revisión de los pilares sociales y económicos del estado de bienestar, ya que “no parece posible que las próximas generaciones de mujeres puedan seguir haciéndose cargo del cuidado de niños, enfermos y ancianos, en la medida en que venían haciéndolo hasta ahora” (Durán, 2006), p. 485.

“Las relaciones entre hombres y mujeres han sido objeto desde siempre de regulaciones legales, justificaciones y normativas religiosas, y de interpretaciones literarias, sin que los límites entre unos y otros tipos de aproximación hayan sido claros” (Durán, 2006), p. 486. Al contrario, las distintas perspectivas se han influido entre sí y las mujeres españolas, no han logrado ejecutar los principios de igualdad y no discriminación recogidos en la Constitución cuando éstos entran en conflicto con normas internas de la Iglesia católica. Y ésta tiene una formidable maquinaria de pensamiento y de opinión pública en la que la mujer no participa, ya que en ella su acceso está vetado. Este conflicto entre el sistema laico de creencias y el religioso se ha resuelto parcialmente mediante el debilitamiento de las creencias religiosas y, sobre todo, de sus usos y prácticas, que se han confinado al ámbito subjetivo y privado; los y las creyentes han reducido sus prácticas religiosas a un nivel casi simbólico, dejando en suspenso amplias materias del conjunto doctrinal porque no reconocen a la Iglesia competencia para establecer normas respecto a ellas. Sin embargo, dado que los mitos y conductas legendarias son instrumentos poderosos de la organización social que aceleran o frenan la puesta en práctica de otras medidas más explícitas y lógicamente articuladas, si no se renuevan con otros potenciadores del cambio social, de la igualdad y de la integración de las mujeres ofrecerán una resistencia invisible, inercial, que retardará y hará más doloroso el proceso de cambio. “Paradójicamente, en la era de la tecnología los hombres y las mujeres siguen haciéndose preguntas para las que no encuentran respuestas y siguen necesitando modelos imaginarios que apoyen su lucha por las mejoras sociales, en lugar de frenarlas” (Durán, 2006), p. 492.

CAPÍTULO 4:

LA ENFERMERÍA: FORMACIÓN Y PROFESIÓN



Conocer cómo y cuándo se ha iniciado la profesionalización de la enfermería y el momento en que se ha sistematizado la formación, así como las características de la misma, centrándonos finalmente en la evolución y características de la formación y la profesión en nuestro país nos permitirá comprender el inicio y desarrollo de la Escuela, así como el presente de la Enfermería Española. Exponer todos los cambios que acontecieron en este proceso de profesionalización a lo largo del siglo XX sería muy extenso, por ello expongo, únicamente, de forma breve y concisa, los aspectos más relevantes y que, en nuestra opinión, han definido e influido en el desarrollo profesional y de la formación.

4.1. LOS ANTECEDENTES.

Desde el inicio de la historia de la humanidad la supervivencia de las personas en el ámbito de la familia, que ha sido la estructura social básica de convivencia y socialización, ha estado relacionada con los cuidados prestados a sus miembros por las mujeres. Aún hoy, continúan siendo las mujeres quienes desempeñan, mayoritariamente, la profesión:

El cuidado, como compromiso para la acción dirigida hacia el bienestar de otros, ha sido asumido tradicionalmente, y en prácticamente todas las culturas, como un rol ligado al género femenino. Durante milenios, el cuidado ofertado por las mujeres hacia su familia y allegados ha permitido que los pueblos y sociedades existieran y crecieran tanto en número como en bienestar profesión (Donahue, 1985), pp. 2-3.

Tuvieron que producirse muchos cambios económicos, políticos, sociales y demográficos para que la salud dejara de concebirse como un proceso individual de causa sobrenatural y de responsabilidad personal y privada (Siles, 1999) y la actividad de cuidar una profesión para la que fuera necesario dotar, a quien la ejerce, de formación reglada y sistemática, lo que no empieza a producirse hasta mediado el siglo XIX.

Desde la más remota antigüedad los mitos y la religión ha encontrado la forma de hacer frente a los grandes misterios y sufrimientos de la vida y durante mucho tiempo la miseria, el hambre, la enfermedad y la muerte fueron combatidas mediante los cuidados en el ámbito doméstico y la solidaridad, más o menos espontánea. La beneficencia venía funcionando desde la antigüedad y el cristianismo la convirtió en una de sus principales obligaciones mediante la exaltación del servicio a los pobres y enfermos (Siles, 1999).

De este modo durante muchos siglos los cuidados de salud que se han prestado en el ámbito social, desorganizados, discontinuos y no sistemáticos, estuvieron a cargo de brujos, sacerdotes y monjes de ambos sexos; órdenes militares o religiosas, mujeres de los señores feudales, o personas de bajo estrato social (alcohólicos, prostitutas...) que, con frecuencia, procedían de las cárceles, con nulos conocimientos y escasos sentimientos humanitarios, con lo que los cuidados han tenido una escasa consideración social (Siles, 1999).

Desde finales del siglo XVIII se va a iniciar un cambio en esta situación al inaugurarse una nueva fase en la interpretación de la enfermedad y de los fenómenos relacionados con la salud que dejan de ser atribuidas a causas sobrenaturales y comienzan a explicarse desde la perspectiva físico-mecánica o desde la social. Todo ello se produce en un contexto de profundas transformaciones económicas, políticas y sociales que son consecuencia de una serie de revoluciones que se condicionaron mutuamente: geográfica, industrial, política, demográfica, científico-técnica y cultural, provocando tales problemas sociales y sanitarios y que dieron lugar a la aparición de diversos intentos reformistas y movimientos sociales, sobre todo en Inglaterra, que tratan de mejorar las condiciones higiénicas, sociales y sanitarias (Feria, León, Macías, Barquero, Marquínez, & Cárdenas, 2004; Siles, 1999).

Durante el siglo XIX, el mayor conocimiento sobre las causas de enfermedad, la difusión de los estudios de higienistas de diferentes países (Frank, Chadwick, Quetelet, Graunt, Farr, etc.) y la influencia de los científicos (Koch, Pasteur y Jenner) van a permitir desarrollar la higiene y la salud pública y van a influir en la toma de conciencia de los gobiernos sobre su responsabilidad en la salud y la enfermedad, ya que muestran cómo la salud es un bien comunitario que depende más de medidas globales que de iniciativas individuales.

Esto, unido a la industrialización y al desarrollo económico provoca el inicio de un movimiento de reformas sociales que motivan la organización de la enfermería, como un sistema controlado por la iglesia o independiente y remunerado. Resurgen así en el mundo protestante, a partir de la tercera década del siglo, las antiguas diaconisas cuyo origen se remonta a los primeros años de la Era Cristiana (Hernandez Martin et al., 1996), que ofrece a las mujeres la posibilidad de realizar actos caritativos, desempeñando labores formativas y asistenciales y se producen, también, iniciativas de mujeres, en Inglaterra y Estados Unidos, que se dedican a la beneficencia y a la defensa de los más desprotegidos y tratarán de mejorar la atención en las cárceles, en los hospitales y en los domicilios o de los enfermos mentales o las prostitutas (Siles, 1999; Zapico & Adrián, 2008).

También en Alemania surge una propuesta en este mismo sentido. El pastor protestante Teodor Fliedner, párroco de Kaiserswerth, funda, en 1836, las Diaconisas de Kaiserswerth. Su obra comenzó por su preocupación por las pésimas condiciones de vida de los presos para lo que organiza, en 1826, la Asociación de Prisiones Alemanas; y más tarde, junto con su mujer, Federica Münster, un refugio para presos y un pequeño hospital con una escuela para la capacitación de las diaconisas como enfermeras y educadoras, dada la importancia del trabajo comunitario que debían desarrollar (Feria et al., 2004; Hernandez Martin et al., 1996; Siles, 1999).

El Instituto Kaiserswerth tuvo tanto éxito que a los pocos años añadieron dos casas más al hospital, de modo que en 1842 disponía de más de 200 camas y también hubo que ampliar la residencia de las enfermeras. Su obra se extendió y fue diversificándose con la atención a mujeres presas, a pobres y a niños y su influencia trascendió fronteras, creándose organizaciones similares en Europa y América e, incluso, en Jerusalén, Constantinopla, Beirut y Alejandría. Su impacto fue menor en Inglaterra, aunque fue visitada por F. Nightingale y le sirvió de modelo y referencia para su proyecto (Hernandez Martin et al., 1996; Siles, 1999).

La Escuela de Diaconisas de Kaiserswerth, que se considera el primer centro de formación por antonomasia, se basaba en una fuerte disciplina y en estrictas normas de funcionamiento (Donahue, Russac, & Vilagrasa, 1988; Parentini, 2002; Siles, 1999):

- Se admitía a jóvenes obreras, con 18 años de edad mínima que debían estar recomendadas por pastores y médicos y disponer de un certificado de buen estado de salud e integridad moral.
- No se requería que las alumnas hicieran votos religiosos, sólo prometer trabajar por Cristo.
- Residían en la llamada “Casa Madre”.
- Cumplían tareas en hospitales y distritos por las que no recibían salario. También podían brindar atención a enfermos privados y destinar la remuneración a contribuir al sustento de la institución.
- Utilizaban un uniforme de algodón azul, delantal blanco con peto y cofia de muselina blanca que se ataba al cuello con un gran lazo blanco. Cuando no estaban de servicio se cubrían la cabeza con un manto negro y cofia del mismo color.
- El programa de formación tenía una duración de 3 años, con un período de prueba de entre 3 meses y 1 año. Las estudiantes estaban divididas por cursos o grupos (1º, 2º y 3º, que era considerado el de enfermera en jefe).
- La formación constaba de ética, doctrina religiosa, aritmética elemental, gramática elemental y nociones de urbanidad, que correspondían al programa de educadoras, y, el de enfermería, consistía en prácticas clínicas, enfermería domiciliaria, aprendizaje de cuidados y rudimentos de farmacia. Las prácticas clínicas las realizaban rotando por los diferentes servicios de la casa-hospital.
- Debían presentarse a una prueba estatal y, tras aprobar los exámenes, obtenían el título de farmacéuticas.
- Las clases eran dictadas por un médico y al médico debían obediencia incondicional.
- Las alumnas se levantaban a las 5 de la mañana y trabajaban y estudiaban hasta las 9 de la noche. En la casa debían lavar la ropa, realizar la limpieza, encargarse de la cocina, el jardín y la huerta, rotándose para cumplir con estas tareas.

Estas propuestas de comunidades de diaconisas tienen muchos elementos comunes con los conventos de la Edad Media: glorifican el celibato, santifican la profesión monástica, ensalzan la dedicación exclusiva, rechazan el matrimonio y apuestan por el alejamiento del mundo, lo que genera un imaginario colectivo ambivalente respecto a las obligaciones y a las habilidades inherentes a las mujeres que pervivirá en las siguientes iniciativas y en el desarrollo posterior de la enfermería (Zapico & Adrián, 2008).

4.2. EL INICIO DE LA FORMACIÓN Y DE LA PROFESIÓN.

Se atribuye a Florence Nightingale (1820-1910) el inicio de la profesionalización de la enfermería. Ella llevó a cabo el primer intento de hacer de la enfermería una profesión, desarrolló un cuerpo de conocimientos propio y amplio y elaboró las bases de lo que debería ser la esencia –la naturaleza– de la enfermería moderna. Su libro *Notas sobre Enfermería ¿qué es y qué no es?*, un texto de 139 páginas escrito de 1859, fue la primera teoría escrita sobre la disciplina que aún hoy sigue resultando válido para mostrar las raíces de la profesión (Hernández Martín, Beneit Montesinos, & Gracia, 1996; Nightingale, 1990; Siles, 1999).

La concepción Nightingale supuso la consideración de la Enfermería como una opción profesional, con un contenido específico que aglutinó los cuidados derivados de las órdenes religiosas, del voluntariado y de las incipientes escuelas de adiestramiento (Siles, 1999). Las propuestas formativas y reformistas de F. Nightingale tratarán de combatir la imagen y la realidad de la decadencia de la enfermería:

nos parece que la obra y el trabajo de F. Nightingale encarnan un movimiento bascular que oscila entre al ruptura y el mantenimiento de los códigos de conducta establecidos, que se mueve entre la fe religiosa y la ciencia médica, que se debate entre la innovación formativa de las enfermeras y el respeto al orden sanitario masculino (Zapico & Adrián, 2008), p. 813.

F. Nightingale era una mujer culta que procedía de una familia acomodada y llegó a tener grandes conocimientos de las disciplinas más diversas: matemáticas, idiomas, estadística, filosofía, literatura, religión, historia y ciencias políticas, además de enfermería. Este grado de educación en una mujer era posible en ese momento en el mundo protestante, que concede a las mujeres cierto grado de autonomía y les reconoce el derecho a la educación y a participar activamente en los asuntos que afectan a la comunidad (Zapico & Adrián, 2008).

F. Nightingale también poseía una amplia experiencia en cuidados y conocía las iniciativas más notables que se estaban realizando en aquellos momentos en Europa. Fue, además, gestora y organizadora de la atención sanitaria en la guerra de Crimea (1853-56). Esta experiencia le dejó secuelas físicas que la supeditaron a permanecer en una silla de ruedas, pero le permitió demostrar con los mejores argumentos - los hechos - la necesidad perentoria de formar enfermeras y obtener el reconocimiento del pueblo británico que, en prueba de ello, abrió una suscripción popular que sería la base de la Fundación Nightingale y resultaría decisiva para la realización de su gran proyecto: la escuela de enfermería (Siles, 1999)

Su extensa producción bibliográfica - 147 obras - sobre salud pública, administración sanitaria y enfermería, se orientó en el caso de la dirigida a ésta, a establecer la doctrina de lo que debería ser la profesión, sus objetivos y finalidades dirigidos, no sólo al cuidado del enfermo para la recuperación de la salud sino también a la prevención de la enfermedad, sustentado en un amplio cuerpo de conocimientos de salud pública, estadística, epidemiología y administración de instituciones de salud. Todo ello fruto del interés por la búsqueda y el análisis de los datos observados y de su experiencia como enfermera y como gestora y organizadora de la atención sanitaria (Siles, 1999).

La creación de la Escuela de Formación de Enfermeras en el Hospital de Santo Tomás (1860) fue otra de sus iniciativas, ya que sabía que para mejorar la atención a los enfermos no bastaba con la remodelación de los hospitales sino que había que capacitar al personal de enfermería. Pero no le resultó fácil crear la escuela, ya que contaba con la oposición de la mayoría del colectivo médico de Londres y del propio hospital, así como de la sociedad británica, que no veía con buenos ojos que jóvenes de buena posición se dedicaran a cuidar enfermos, tarea que, hasta hacía poco tiempo, había sido acometida por la escoria de la sociedad, y que Dickens y otros escritores y algunos pintores de la época habían reflejado tan claramente. Por esto tuvo que esperar, no sólo a tener los recursos económicos necesarios, sino a que se dieran las condiciones sociales que lo permitieran mediante la dignificación de la enfermería a través de su obra (Siles, 1999).

Su idea fue organizar una formación programada y sistemática, impartida por enfermeras de formación superior, alejadas de la ignorancia y desidia en que se habían instalado los

cuidados en los siglos precedentes (Siles, 1999). Se propuso formar un “grupo superior de mujeres” que pudieran aprender el arte de la enfermería para luego expandir su acción a otros países del mundo, ideal que fue alcanzado, ya que las tituladas de la Escuela se diseminaron por los mejores hospitales de varios países - en especial EEUU y Canadá - y fueron directoras o asesoras en la creación de escuelas de enfermería. Lo mismo ocurrió con su modelo de formación.

Para instaurar la Escuela eligió el Hospital de Santo Tomás por las características del edificio, los servicios, la disponibilidad de materiales y la organización general y de enfermería. Ella se hizo cargo del plan de estudios y de las bases para el funcionamiento de la Escuela y nombró como directora a Sara Wardroper, “matron” (superintendente) del hospital, que había estado con ella en Crimea y que ocupó este cargo durante 25 años (Parentini, 2002).

La Escuela se basaba en las diferentes experiencias que F. Nightingale había adquirido, tanto en el Instituto Kaiserswerth, cuyo enfoque era religioso e impulsaba el trabajo arduo de las diaconisas; como en el hospital de Escutari (Crimea), de enfoque militar, a lo que añadía el sello social de la aristocracia británica, que imperaba en su familia y amistades. En la Escuela se adiestraban y educaban tres tipos de enfermeras: de hospital; de distrito, para atender a los enfermos pobres en su domicilio o realizar estudios sobre las condiciones higiénicas del entorno y su nivel de salubridad, y docentes, para formar a otras enfermeras (Donahue et al., 1988).

En la Escuela Nightingale se formaron en los primeros 25 años 500 enfermeras, que empezaron a trabajar de inmediato en hospitales de diferentes países. Las características más sobresalientes de la Escuela eran (Parentini, 2002; Siles, 1999):

- Se seleccionaba a mujeres de 18 a 35 años, con buen nivel de instrucción. Las aspirantes tenían que cumplimentar un formulario de inscripción que era estudiado por la “matron” y, una vez admitidas, debían pasar por un período de prueba de tres meses.
- La enseñanza estaba a cargo de las “sisters” (hermanas) encargadas de la sala de hospital. Estas dependían de la “matron” y eran enfermeras laicas.
- El currículum estaba estructurado en tres años: uno teórico y dos prácticos. Durante el primero se impartían conocimientos de enfermería y de ciencias básicas, a cargo de las “sisters” y de médicos conferenciantes. El aprendizaje se completaba con el trabajo que realizaban las alumnas como asistentes en las salas del hospital.
- Las alumnas debían llevar un registro preciso de la observación y atención que brindaban a los pacientes. Las notas de registro tenían que ser presentadas como documentación del aprendizaje en el momento de los exámenes.
- El internado era obligatorio, ya que se consideraba formativo. Estaba regido por estrictas normas disciplinarias, lo que permitía, además, conservar el prestigio de la institución y asegurar a los familiares de las alumnas que serían bien cuidadas.
- La residencia estaba ubicada en una parte del hospital, era confortable y disponía de habitaciones individuales y de salas de recreo y descanso. Existían en ella habitaciones para la encargada de la residencia denominada “home sister”.
- Las alumnas disponían de días de salida, pero sólo podían salir en compañía de otra alumna.

- Un sacerdote daba dos sermones semanalmente, pero en la formación de las estudiantes no se hacía distinción religiosa o sectario-religiosa.
- Las alumnas se dividían en dos grandes grupos: las "aprendizas", que habían accedido a la escuela mediante una beca, por lo que se las consideraba de menor condición, rango social y formación que las "damas enfermeras", que eran las jóvenes procedentes de las clases altas de la sociedad inglesa y que pagaban una matrícula anual. Ambos grupos realizaban tareas diferentes, las primeras se ocupaban del cuidado directo al enfermo y las otras realizaban tareas de supervisión, enseñanza y divulgación; vestían, también, de forma diferente y, siempre que se podía, se establecían normas distintas para unas y otras.
- Las alumnas becadas debían realizar un año más de prácticas, en el propio hospital o en otro designado, desempeñando durante 10 horas diarias un trabajo supervisado por el que recibían cierta remuneración. Para este año extra se elegían hospitales y éstos se comprometían a enviar informes sobre la actuación de las enfermeras.

La Escuela marcó una etapa fundamental en la historia de la enfermería de su país y del mundo, fue pionera en sentar las bases de la enfermería, así como en determinar los fundamentos básicos de una formación sistematizada y asentada tanto en la teoría como en la práctica. Estableció, así mismo, una estrecha relación de la Escuela con el hospital, supeditando las necesidades de aprendizaje de las alumnas a los requerimientos de personal del hospital (Parentini, 2002).

Nightingale organizó no sólo la formación sino la profesión, para la que definió una filosofía, su razón de ser y su utilidad, jerarquizó tareas independientes de la profesión y definió su carácter femenino y la atención personalizada. Trató de lograr una ocupación respetable para las mujeres, una profesión jerarquizada, disciplinada y exigente para quien la desempeñaba, a quienes se les exigían no sólo conocimientos y capacidades, sino, sobre todo, cualidades espirituales y morales (Alberdi Castell, 1999; Almansa, 2004; Canals, 1992; Domínguez, 1986; Hernandez Martin et al., 1996; Siles, 1999). Inició la secularización de la profesión y favoreció el ejercicio de una indudable forma de poder de las mujeres y de un cierto grado de emancipación (Miró Bonet, 2008).

Sin embargo, para Ehrenreich, la revolución de Nightingale y sus discípulas marcaron a la nueva profesión con los prejuicios de su propia clase. El "modelo Nightingale" ponía más el énfasis en la formación moral que en la habilidad técnica, ofreció un modelo a seguir, para redimir a las jóvenes de las nuevas aglomeraciones proletarias, cuando la enfermería voluntaria comenzó a profesionalizarse y se vio obligada a buscar sus candidatas fuera de las élites originales que no estaban dispuestas a enrolarse en un trabajo tan duro. También relata que cuando un grupo de enfermeras inglesas propuso la creación de un cuerpo profesional, con exámenes y título a semejanza de la profesión médica, Nightingale replicó que "las enfermeras no pueden ser sometidas a exámenes ni se les puede exigir títulos, como tampoco es posible exigirselos a las madres" (Donahue et al., 1988), p. 29.

Las fundadoras de la enfermería concibieron la profesión como "expresión de un modelo bien definido de mujer, asociaban la disposición y la habilidad para cuidar a una feminidad esencial" (Canals, 1992), p. 31.

Esta mujer ofrecía al médico la obediencia absoluta, virtud de una buena esposa, y al paciente la altruista devoción de una madre, mientras ejercía sobre el personal subalterno del hospital, la gentil pero firme disciplina de un ama acostumbrada a dirigir la servidumbre (Zapico & Adrián, 2008), p. 816.

De este modo se consolida la feminización de la profesión y “las mujeres quedaban relegadas al oficio de enfermeras entendido como una vocación natural que sólo puede ser superada por la maternidad” (Zapico & Adrián, 2008), p. 817.

En reconocimiento a su papel de creadora de la enfermería moderna, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha instituido en todo el mundo el día de su nacimiento, 12 de mayo, como Día Internacional de la Enfermera y, cada año, conmemora esa fecha difundiendo un tema de especial trascendencia para la salud de las personas.

4.2.1. La formación en Europa.

Durante este período y a ritmos disímiles, se desarrollan también en otros países de Europa proyectos de formación enfermera siguiendo diferentes modelos: unos el de F. Nightingale, otros el de Kaiserswerth y otros muchos organizados por la Cruz Roja.

La Cruz Roja se crea por iniciativa de Henri Dunant, con el objetivo de auxiliar a los militares heridos en las guerras, objetivo que fue ampliado con la condena de los crímenes, torturas, deportaciones, desapariciones, etc., en las Convenciones Internacionales de Ginebra (1899, 1928 y 1949). Dunant funda en 1863 el Comité Internacional y Permanente de Socorro a los Heridos Militares y, al año siguiente, un grupo de once gobiernos firman el tratado por el que se acuerda respetar a las personas y a las ambulancias que lleven el emblema de dicha organización. Dunant conocía la obra de Florence Nightingale en Crimea y la utilizó de referencia para llevar a cabo su proyecto. La proyección internacional de la Cruz Roja influiría en el desarrollo de la enfermería, formando a personal voluntario y dotando de escuelas a hospitales de varios países (Siles, 1999).

Durante el siglo XIX se fundan en la mayoría de los países europeos las primeras escuelas de enfermeras, pero salvo en Suiza, todas son posteriores a la de F. Nightingale y ninguna alcanzó su prestigio y desarrollo (Parentini, 2002):

- Francia fue pionera, como resultado del trabajo de las Hermanas de la Caridad, pero los intentos llevados a cabo, básicamente por médicos que conocían las realizaciones de F. Nightingale, no fueron exitosos. La primera escuela, denominada Florence Nightingale fue creada en el Hospital de Bourdeaux por una doctora que llevó a una enfermera inglesa para dirigirla. Tras la primera guerra mundial, aumentan el número de escuelas que siguen el modelo inglés, y mejoran su calidad, estableciendo cursos de 2 años como mínimo.
- En Suecia, Dinamarca y Finlandia siguen el modelo de la Escuela de Kaiserswerth y comienzan la formación de diaconisas entre las décadas cincuenta y sesenta, comenzando en Suecia. En Dinamarca y Finlandia las primeras escuelas con el modelo inglés se fundan en 1883 y 1906, respectivamente.
- En Suiza se funda en 1859 la primera escuela pero no hubo grandes avances en la formación hasta que la Cruz Roja comenzó a organizar escuelas y cursos para graduadas.

- En Holanda la Cruz Roja promueve en 1874 la creación de una escuela.
- En Italia se funda en Nápoles la primera escuela, en 1896, para preparar al personal eclesiástico. La segunda se crea en Roma, en 1910 y, a partir de 1920, la Cruz Roja funda varias en distintas ciudades.
- En Alemania la formación enfermera comienza más tarde que en los países de su entorno, en 1920, pero ocupa un lugar privilegiado en cuanto a la evolución de la disciplina, debido a la influencia de la Cruz Roja. La formación se inicia con 1 año de duración, pero pronto se extiende a 2, como mínimo. En 1924 hay ya más de 60 escuelas a cargo de la Cruz Roja, contando con una en todos los hospitales municipales y funcionando 3 en la universidad. Tampoco en Austria comienza la primera escuela hasta 1913, ligada a la Universidad de Viena.

4.2.2. *La formación en Canadá y Estados Unidos.*

En Canadá y Estados Unidos la formación enfermera se inicia con posterioridad a la mayoría de los países europeos, pero su desarrollo ha sido más rápido y fructífero y ha tenido una gran influencia en la enfermería mundial. Por ello haré un breve recorrido por la situación en ambos países, no sólo en su inicio sino también en algunos aspectos de su evolución posterior (Parentini, 2002):

- En Canadá se funda la primera escuela en Toronto, en 1881. A partir de este momento van creciendo cualitativa y cuantitativamente, proceso en el que participan tanto enfermeras laicas como religiosas, que, antes de finalizar el siglo, comienzan a organizar cursos de preparación de enfermeras docentes y directoras de escuelas. En 1909 había 70 escuelas con 2 y 3 años de formación. Estas escuelas se convierten pronto en universitarias y muchas en Facultades de Enfermería. En 1931 publican ya un informe sobre la situación de las escuelas: *Survey of Nursing Education in Canada* y, pocos años después, organizan cursos de maestría y doctorado, lo que ocurre después de que cuenten con enfermeras doctoradas en áreas afines, como educación, filosofía y ciencias.

Enfermeras canadienses participaron en la fundación, en 1899, del Consejo Internacional de Enfermería, que se estableció en Gran Bretaña (Siles, 1999). En 1914 se regula la certificación de la formación y desde 1924 editan la revista "Canadian Nurse", órgano oficial de la enfermería canadiense. En 1929 crean La Canadian Nurses Association.

- En Estados Unidos se gradúan en 1873 las primeras enfermeras provenientes de cursos diversos y de diferentes características educativas. Este año también se crea la primera escuela moderna, con la asesoría de F. Nightingale y la colaboración de una enfermera graduada en su escuela, en el Hospital Bellevue de Nueva York, y se publica el primer texto para estudiantes de enfermería. En 1891 hay ya varias escuelas que siguen el modelo Nightingale y se consideran profesionales.

A partir de 1909 se inicia la incorporación de las escuelas de enfermería a las universidades, comenzando por la de Minnesota (Parrilla & García, 2004). En 1918 la Fundación Rockefeller promueve un estudio para conocer la formación de las enfermeras y un año después financia la constitución de un comité permanente: "Committee for the Study of Nursing Education", que partía de la convicción de que 3 años no eran suficientes para formar enfermeras idóneas ni para el hospital ni para

la salud pública. Como resultado del estudio se crea un curso para el grado de maestría en ciencias de enfermería en las Universidades de Yale y Cleveland.

En 1893 la National League for Nursing Education (NLN). En 1900 comienza a editarse regularmente la revista "American Journal of Nursing" (Siles, 1999) y, en 1911, se funda la American Nurses Association (ANA) (Parrilla & García, 2004) y, poco después, la National Organization for Public Health Nursing.

La depresión económica de 1929 provoca un gran deterioro de la educación enfermera y la NLN, la ANA y otros colegios y asociaciones realizan una nueva investigación que pone de manifiesto varios problemas y provoca el cierre de varias escuelas que no poseen los requisitos estipulados por el NLN. Entre los problemas que encuentran están: la mala situación de los hospitales; la falta de enfermeras graduadas que, además, tienen un horario excesivo y un salario bajo; el abuso que se hace de los estudiantes como mano de obra, y el conflicto entre los fines de los hospitales y de las escuelas. También encuentran que hay muchas diferencias en la calidad de las escuelas y que el personal docente no posee la preparación requerida. El estudio vuelve a realizarse en 1934 y continúa realizándose periódicamente.

En 1934 la Universidad de Yale impartía grados de enfermería a nivel de maestrías (Siles, 1999) y, cuatro años más tarde, se reglamenta la práctica de la enfermería para el estado de Nueva York, de forma que sólo pueden ejercer dos tipos de profesionales, las registradas o profesionales y las prácticas. La regulación se suspende por la Segunda Guerra Mundial y recobrará su vigencia para todo el país en 1949.

Durante la década de los cincuenta se produce una mejora notable en la enfermería, sustentada en múltiples investigaciones y fomentada por el desarrollo de doctorados, el aumento de las revistas profesionales (Nursing Research y Nursing Outlook), y la aparición de líderes y teóricas de la enfermería, como Hildegard E. Peplau o Virginia Henderson, entre otras muchas. En la década siguiente se aprueba el primer doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad de Boston y desde los años setenta se produce un importante despliegue de marcos conceptuales enfermeros, modelos y teorías e incremento de maestrías y doctorados y, por tanto, de investigaciones.

4.3. LA FORMACIÓN Y LA PROFESIÓN EN ESPAÑA.

4.3.1. *Los antecedentes.*

A pesar de que esta investigación se inicia con la creación de la Escuela "Casa de Salud Valdecilla", en 1930, es importante conocer los orígenes de la formación y la profesión, también en España, para contextualizar adecuadamente el inicio de la Escuela y poder comprender su origen y características.

La regulación de la profesión en España se demoró tanto como el resto de las actividades fundamentadas en la división sexual del trabajo y en la tradicional condición femenina de la profesión. De este modo la enfermería mantuvo durante mucho tiempo el carácter vocacional religioso heredado de épocas pasadas, lo que le ha conferido un matiz de dedicación desinteresada, condicionando su consideración como una auténtica profesión (Siles, 1999; Zapico & Adrián, 2008).

Por otra parte, la heterogeneidad y diversidad, tanto de su origen como de la formación recibida a lo largo de su desarrollo hasta el momento actual, han sido factores que ha originado distintas concepciones de la profesión que, todavía hoy, están lejos de unificarse (Alberdi Castell, 1999; Almansa, 2004; Canals, 1992; Domínguez, 1986; Hernandez Martin et al., 1996; Siles, 1999).

El movimiento reformista del siglo XIX no tuvo en España ninguna influencia real pues chocó con la presencia de la Iglesia en los sectores asistencial y social, que continuó estando bajo su control durante todo este siglo. Hubo, sin embargo intentos y recomendaciones de reforma, alguno de ellos centrado en la enfermería, como el de Concepción Arenal, que no llegó a materializarse. Ésta proponía, ya en 1870, la creación de una Escuela de Enfermería que expidiera un solo título con formación homogénea y específica, para unificar la profesión en dos categorías: la de enfermeras-os que integraría a los practicantes, enfermeras y matronas y, la de los mozos, que serían los encargados de la policía de las salas y del transporte y amortajamiento de los cadáveres. El título académico se obtendría tras la superación de tres cursos, en los que se estudiaría lo fundamental para atender a los enfermos, siguiendo el modelo suizo (Siles, 1999).

La asistencia sanitaria continuó siendo prestada por las órdenes religiosas: los Hermanos de San Juan de Dios, las Hermanas de la Caridad y los Obregones (Siles, 1999). Los dos primeros aún hoy siguen prestando cuidados y las Hermanas de la Caridad constituyen la comunidad religiosa más numerosa de la Iglesia católica dedicada a la Enfermería (Hernández Martín et al., 1996; Parentini, 2002).

La Orden de San Juan de Dios había sido fundada en España, en el siglo XIV, por un portugués y sus integrantes – *ministrantes* - trabajaban los hospitales y realizaban visitas domiciliarias a los enfermos. Las Hermanas de la Caridad fueron fundadas en Francia por San Vicente de Paúl, en el siglo XVI-XVII. Éste que era un sacerdote franciscano y médico que comienza colaborando con los Hermanos de S. Juan de Dios y establece, después, las bases de un trabajo social innovador, construyendo talleres vocacionales para enseñar un oficio a los mendigos y organizando refugios públicos. Simultáneamente organiza a un grupo de damas de caridad, en principio sin votos ni promesas eclesiásticas, para atender a enfermos en el hogar, y, posteriormente, otra organización formada por hombres con idéntica organización y objetivos que se expandieron por distintos países (Hernández Martín et al., 1996).

La Orden de las Hermanas de la Caridad se amplía y extiende por pueblos y ciudades cumpliendo acciones comunitarias. Durante el siglo XVII, la que será después Sta. Luisa de Marillac, establece unas normas para la orden que incluían los requisitos de reclutamiento, la convivencia en una vivienda común y un programa de formación práctica en el hospital y en la comunidad, así como formación básica en lectura, escritura y aritmética y, también, la renovación anual de los votos para reafirmar su voluntad de continuar en la orden. A principios del siglo XIX comienzan a actuar en las colonias, donde combinan sus tareas de cuidado a los enfermos con las parroquiales y, en Norteamérica, donde intervienen en orfanatos y hospitales. También en la Guerra de Crimea se ocupan de cuidar a los soldados franceses, lo que impulsó a las fuerzas inglesas a buscar una mujer para organizar la asistencia de sus; esta mujer fue F. Nightingale. (Parentini, 2002).

De este modo, hasta finales del XIX, el personal que proporcionaba cuidados a las personas, especialmente en los hospitales, eran fundamentalmente monjas o practicantes, quienes realizaban actividades técnicas concretas unificarse (Alberdi Castell, 1999; Almansa, 2004;

Canals, 1992; Domínguez, 1986; Hernandez Martin et al., 1996; Siles, 1999). Aunque también hubo en esta época otros miembros destacados del entramado sanitario, como fueron: los *Sangradores*, regulados como profesión al final del siglo XVIII para sangrar a la gente y el ejercicio de la odontología; las *Comadronas y Parteras*; los *Barberos*, y los *Ministrantes*, que se crearon a mediados del siglo XIX y desaparecieron pocos años después. Todos estos profesionales eran auxiliares técnicos de los médicos y realizaban, fundamentalmente, acciones de cirugía menor (Siles, 1999).

Los practicantes, que eran varones y desarrollaban unas actividades muy diferentes a las de la enfermería tradicional, gozaron de un gran reconocimiento y consideración social. “Se puede afirmar que el término practicante ha cargado de significado una parte fundamental de la historia de las profesiones sanitarias y ha influido decisivamente en la preservación de la vertiente más técnica de la enfermería” (Siles, 1999), p. 235. De hecho, esta denominación, pervive actualmente, a pesar de que hace más de cinco décadas que ha dejado de existir como tal titulación.

La figura del Practicante puede localizarse desde épocas muy anteriores, a pesar de que las bases de la profesión y de la formación necesaria para optar al título oficial, fue especificada por primera vez en la ley de *Instrucción Pública* de 1857, como elemento integrador de las denominadas profesiones auxiliares médicas, sobre todo en el arte quirúrgico (Sellán Soto, 2010; Álvarez Nebreda, 2009). La ley crea el título oficial de Practicante, suprimiendo la denominación de Cirujano Ministrante, que será expedido por las Facultades de Medicina y tendrá dos años de duración y prácticas hospitalarias (Siles, 1999; Álvarez Nebreda, 2009). La ley también establece el requisito de ser bachiller en artes para matricularse en las facultades y regula la profesión y la formación de Matrona, como profesión exclusivamente femenina (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999; Hernández Martín et al., 1996).

En 1860 se determinan los estudios prácticos que han de exigirse a los aspirantes del título de Practicante, que están organizados en cuatro temas prácticos: el arte de los vendajes y apósitos; realización de curas y aplicación de sustancias; arte de practicar sangrías, vacunación, perforación de las orejas, escarificaciones y ventosas, aplicación de tópicos, irritantes, exutorios y cauterios, y el arte del dentista y de la pedicura. También incluía el tipo de examen que deberían realizar en las Facultades de Medicina y que debían acreditar haber estado de practicantes durante dos meses en un hospital que tuviese un mínimo de setenta camas o haber hecho estos estudios como oyentes de dos cursos en Facultades de Medicina, o sirviendo de practicantes durante dos años en otros hospitales o clínicas (Álvarez Nebreda, 2008).

Pocos meses después se publica el primer Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas que autoriza la enseñanza únicamente en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid. Así mismo, especifica los requisitos para ser admitido, los conocimientos necesarios para obtener ambos títulos y el profesorado que los impartirá; los lugares en los que se llevará a cabo la que la enseñanza y las características de los registros de los títulos en las Universidades (Álvarez Nebreda, 2002).

Ambos estudios se realizarán en cuatro semestres, con lecciones diarias de hora y media y, una vez finalizados, realizarán un examen de reválida y habilitación. Los contenidos para el Practicante son los mismos que el anterior más un tema de nociones básicas de anatomía. Las Matronas estudiarán cinco temas: nociones de obstetricia; parto y sobreparto; preceptos y reglas para atender a las parturienta, paridas y niños; primeros auxilios, y manera de administrar el agua de socorro.

El Reglamento autoriza a los Practicantes a ejercer la parte meramente mecánica y subalterna de la Cirugía, y, a las Parteras o Matronas, a asistir a los partos y sobrepartos naturales pero no a los laboriosos y, como auxiliares de los facultativos, a las embarazadas, parturientas o paridas (Álvarez Nebreda, 2002).

El título de Practicante se suprime en 1866, para crear el de Facultativo habilitado de Segunda Clase, que presta asistencia médica y quirúrgica; aunque vuelve a restablecerse dos años más tarde (Siles, 1999). En 1888 se aprueba un nuevo Reglamento para ambas titulaciones similar al anterior aunque define mejor algunos aspectos, como las competencias de ambos, el modo de adquirirlas o las requisitos para habilitarlas (Álvarez Nebreda, 2002).

En 1901 y 1902 se producen nuevamente dos regulaciones legales, una para aplicar las anteriores y otra que define y desglosa un Programa para los Practicantes que contiene cuarenta y seis temas (Álvarez Nebreda, 2002).

Al inicio del siglo XX, tras la ley de *Instrucción General de la Sanidad Pública*, publicada en 1904, vuelven a reorganizarse los estudios de Practicantes y Matronas. Se regula que los estudios, que pueden ser oficiales o no oficiales, se realizarán en dos años previa certificación de haber aprobado los conocimientos de enseñanza primaria superior, la asistencia a prácticas es obligatoria y el título se obtendrá tras la verificación de los conocimientos en un examen de reválida final (Álvarez Nebreda, 2002).

La Carrera de Practicante podrán realizarla las mujeres y el programa será el de cuarenta y seis temas aprobado dos años antes. Se impide el ejercicio de la profesión de dentista a los titulados con posterioridad a 1877; se les autoriza la asistencia a los partos normales y se dispone que las Diputaciones Provinciales en las que exista Facultad de Medicina o Colegio de Médicos, están obligadas a nombrar Practicantes de sus Hospitales a estudiantes de Medicina con 2º curso aprobado (Álvarez Nebreda, 2008).

La organización y los requisitos para la carrera de Matronas es igual que para la de Practicante, pero se exige ser mayor de edad y la autorización del marido, si fuera casada. El programa de formación es más amplio que el de años anteriores e incluye contenidos sobre anatomía, fisiología, higiene, asepsia y antisepsia.

En 1912, el Ministerio de Fomento establece pensiones para el extranjero a Practicantes y Matronas, concediendo cinco a Inglaterra. Posteriormente se regulan los exámenes de ingreso para ambas carreras y, en 1921, de nuevo se fija el núcleo fundamental de las enseñanzas del título profesional de carácter universitario, entre las que están las carreras de Practicante y Matrona, y se dictan normas para la persecución del intrusismo en ambas profesiones (Álvarez Nebreda, 2002).

En 1928 se autoriza la implantación de las Escuelas de Matronas y se fijan los requisitos que deben reunir, así como las enseñanzas que deben seguir y las circunstancias que acreditarán las aspirantes al título. Este mismo año se regula que en cada partido Médico haya un Practicante y una Matrona para el servicio de Beneficencia municipal y se especifican las tareas de cada profesional. Al año siguiente se establece la colegiación obligatoria de los Practicantes, independiente de los colegios médicos, y se definen los Estatutos del Colegio. La colegiación obligatoria de Practicantes, junto a las Matronas, vuelve a establecerse nuevamente en 1930 (Álvarez Nebreda, 2002). A partir de este momento ambos colegios profesionales definirán los símbolos identificativos, con la finalidad de luchar contra el intrusismo (Siles, 1999).

Durante la década de los treinta se regulan varias veces ambas titulaciones y la formación previa para acceder a los estudios. Así mismo se autoriza a los Médicos a ejercerlas, sin examen ni prueba de aptitud. Ambos títulos dejarán de existir al inicio de la década de los cincuenta, al unificarse, junto con el de Enfermera, en la nueva titulación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). La titulación de Matrona se convertirá, posteriormente, en una especialidad del título de ATS.

4.3.2. *El nacimiento de la Enfermería.*

La situación de la Enfermería, como tal, era muy diferente a la de los Practicantes y la consideración social estaba cargada de connotaciones negativas. Las enfermeras no religiosas engrosaban las filas de los oficios menesterosos, sin ninguna regulación legal como actividad sanitaria, y equiparadas, en la práctica y en la nómina, a la categoría de sirvientas de hospital (Siles, 1999).

Hasta bien iniciado el siglo XX, las enfermeras no tenían un título reconocido ni se les exigía certificado de ninguna clase para ejercer, solían poseer conocimientos rudimentarios de la ciencia de curar y, en la mayoría de los casos, no sabían leer ni escribir. Las tareas que realizaban en los hospitales estaban relacionadas con la higiene, vestido, alimentación y movilidad del enfermo así como con el mantenimiento del orden y la limpieza, bajo las órdenes de médicos y monjas, a los que daban parte de las novedades, ya que permanecían a la cabecera del enfermo durante muchas horas de guardia (Domínguez, 1986; Ortego Maté, 2002b; Siles, 1999).

El retraso, respecto a nuestro entorno, en la profesionalización de una actividad eminentemente femenina que tenía tanto que ver con su “rol biológico constituido por el arte de cuidar enfermos, niños, ancianos y heridos” (Siles, 1999), p. 237, pudo deberse a varios factores. Entre ellos, a la ausencia de un movimiento feminista que apoyara la regulación de ese papel para la enfermería; al rebrote de las órdenes religiosas, a finales del siglo XIX, que se ocuparon de cubrir esa importante área de servicios, y a la existencia de una heterogénea red de profesionales y semiprofesionales que desempeñaban actividades más o menos independientes y difíciles de homogeneizar (Siles, 1999).

La aprobación del título de Enfermera se produce por primera vez en 1915, en la *Real Orden de 7 de mayo* (REAL ORDEN del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, de 7 de mayo de 1915, aprobando el Programa para la enseñanza de la profesión de Enfermera), que sitúa el proceso regulador en el plano docente, disponiendo que el certificado de enfermera será el mismo en todas las facultades de medicina del Reino (Siles, 1999). Esta regulación, que se hizo a instancias de la Congregación de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos, autorizaba a ejercer la profesión de enfermera a quienes acreditaran los conocimientos necesarios, con arreglo al programa formativo, perteneciesen o no a comunidades religiosas (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999; Álvarez Nebreda, 2002).

El Programa Oficial de Estudios de Enfermería que se establecía estaba basado en setenta temas, con una prueba de suficiencia teórico-práctica que se realizaba cada año. Tenía una duración de dos años y no planteaba ninguna exigencia de estudios previos. La formación tenía un carácter vocacional, técnico y práctico, con una marcada dependencia del estamento médico y unas connotaciones exclusivamente femeninas de la profesión (Domínguez, 1986).

A partir de este momento comienza la evolución de las tres vertientes (practicantes, matronas y enfermeras) que han configurado la enfermería de nuestro país y que influyeron

decisivamente en la decantación de una profesión cuya complejidad actual no es ajena a sus orígenes (Siles, 1999). De este modo, las enfermeras constituyeron la última de las vertientes históricas de la enfermería, dado que fueron las que mayores dificultades encontraron para alcanzar el reconocimiento profesional (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999; Siles, 1999).

La promulgación de esta normativa, vino a dar cobertura legal a la enfermería, pero no tuvo réplica en la realidad laboral. Los cuidados del enfermo continuaron prestándose básicamente por religiosas, que no solían ser enfermeras, o por otro tipo de personal sin la adecuada cualificación. Por ello, se considera a las enfermeras como las herederas de una tradición milenaria asumida por mujeres en el ámbito doméstico, o movidas por una ideal religioso, en el público y social (Siles, 1999).

Tras la autorización del ejercicio de la profesión deberá pasar más de una década para que comience a verse la titulación de enfermera en alguna publicación legal o en la convocatoria de plazas. Durante este tiempo, sin embargo, se publican numerosas órdenes y circulares sobre la prestación de servicios, la enseñanza, el reglamento y los programas de las Hijas de la Caridad en los Hospitales Militares del país. En 1927 se dictan "normas para lograr las más completa disponibilidad de las personas que se dedican a ser Enfermeras" y se vuelve a regular el título de Enfermera, concediéndole carácter general para hospitales civiles, militares, de la Cruz Roja, clínicas y dispensarios (Álvarez Nebreda, 2002).

4.3.3. Las primeras Escuelas de Enfermería.

La primera escuela de enfermeras civiles de la que se tiene conocimiento en España, la de Santa Isabel de Hungría, se creó casi veinte años antes de que existiera el título oficial de enfermera, en 1896, por iniciativa del cirujano Federico Rubio y Galí. Éste, que era liberal y masón, fue miembro de la Institución Libre de Enseñanza (Sellán Soto, 2010) y ministro plenipotenciario de la Primera República en Londres. Fruto de su estancia en Gran Bretaña conocía en profundidad la Escuela de F. Nightingale y su obra y conocía a personalidades destacadas de los sistemas sanitarios inglés y norteamericano, ya que también había estado en este país.

La Escuela formó parte de un proyecto renovador técnico-científico y docente, cuyo núcleo central fue el Instituto de Terapéutica Operatoria que se ubicó en el Hospital de la Princesa de Madrid, situado en el lugar que hoy ocupa la Clínica de la Concepción. El Instituto, organizado también por el Dr. Rubio, en 1880, se trasladaría unos años después a un edificio en la zona de Moncloa y se denominaría Instituto Rubio o Moncloa (Domínguez, 1986; Hernandez Martin, Pinar Garcia, & Moreno Roy, 1996/97; Siles, 1999).

El plan de estudios de la Escuela parece que comenzó con dos años de duración, aunque en algún escrito posterior se hace referencia a tres. Se basaba en teoría y práctica, que era impartida por los médicos del hospital e incluía la rotación por los diferentes servicios, y formación moral, que recaía sobre las monjas de dicho hospital (Hernandez Martin et al., 1996/97).

El pensamiento del Dr. Rubio respecto a la educación de las enfermeras se refleja en los textos publicados bajo el título "*Introducción a las Instrucciones para las Enfermeras Internas*" y *Cartas del Dr. Rubio y Galí a las curadoras del Instituto de Terapéutica Operatoria*, publicado en 1916 (Sellán Soto, 2010), que están llenos de un sentido cristiano, caritativo y humanista (Hernandez Martin et al., 1996/97; Vázquez de Quevedo, 2005).

El Dr. Rubio pretendía conseguir unas enfermeras diplomadas que pudieran prestar sus servicios a los enfermos:

aprendiendo cuanto corresponda al arte de atender y cuidar de modo artístico y científico, dándoles para ello la enseñanza de conocimientos necesarios, adquiridos en el período de internado suficiente, y las dotará de un certificado de actitud al cabo de los años de servicio que las permita ganarse la vida asistiendo a enfermos (Gutierrez, E., 1903), citado en (Hernandez Martin et al., 1996/97), p. 192.

La Escuela comenzó con treinta y dos alumnas, de las que veintidós eran internas y diez externas, pero a partir de 1902 todas fueron internas. Las condiciones que se exigían para entrar en ella eran:

tener entre veintitrés y cuarenta años de edad, saber leer, escribir y contar, ser sanas, robustas y dóciles, proceder de familias honradas, con preferencia de la clase media, huérfanas y desvalidas, ser de una moralidad intachable y de arraigados sentimientos cristianos, guiándolas, más que toda idea de lucro (aún siendo lícita), la bendita virtud de la caridad y el amor al prójimo llevado hasta la abnegación (Herrera Rodríguez, 1996/ 1997).

Las alumnas vestían uniforme de rayadillo con delantal blanco, en cuyo peto llevaban la Cruz de Malta morada con la corona real bordada en el centro, y una inscripción en seda amarilla con el título de la Escuela. Debían llevar el pelo cortado al rape y la cabeza cubierta con un birrete ribeteado de amarillo, y usar alpargatas abiertas y zuecos de madera. Se les exigía practicar la religión católica, no cobraban durante el período de formación y, una vez tituladas, ejercían libremente la carrera (Domínguez, Rodríguez, & De Miguel, 1983; Hernandez Martin et al., 1996/97; Siles, 1999).

La Guerra Civil es responsable, no sólo de la desaparición del edificio sino de la dispersión irrecuperable del equipo profesional y, también, de la Escuela. En 1939 se firma la clausura del Instituto (Hernandez Martin et al., 1996/97; Vázquez de Quevedo, 2005).

Tras esta primera iniciativa en la formación enfermera no se tiene conocimiento de la creación de ninguna otra escuela hasta después de la regulación del ejercicio profesional y de la definición del programa de estudios, en 1915. Las siguientes 3 escuelas de las que se tiene constancia se organizan a los largo de esa década y de la siguiente: Santa Madrona, en Barcelona (1917), Mancomunitat de Catalunya (1917) y Casa Salud de Valdecilla, en Santander (1929). Parece que hubo otras dos Escuelas en Barcelona, de las que no se tienen apenas referencias: Santa Cristina (1925) y Quinta de Salud la Alianza, en Barcelona (1926) (Siles, 1999). Hubo también otras instituciones docentes, como las de Cruz Roja, la Escuela de Puericultura y la Escuela Nacional de Sanidad, que tuvieron características y connotaciones diferentes (Domínguez, 1986; Siles, 1999).

La Escuela de Santa Madrona se funda en 1917, bajo los auspicios del Montepío de Santa Madrona, que adoptará dos años después el nombre de Instituto de la Mujer que Trabaja. Es ésta una organización que se ocupaba de desarrollar la actividad social de la mujer mediante la promoción educativa y laboral, en tareas afines a las del medio familiar que no rompieran con los roles tradicionales que la sociedad de la época le tenía asignados (Siles, 1999; Valls, 2007). El Montepío era una organización profeminista, aunque el feminismo español no reunió las características de lucha social del de Europa y Estados Unidos (Domínguez, 1986)

En el mes de abril de ese mismo año comienza el curso que finalizará el día 26 de junio. Parece que en las primeras promociones la formación de las alumnas fue escasa y que fue ampliándose los años siguientes (Mayán & Puyó, 2008). Según la información existente en la

Escuela, las alumnas de este primer curso recibieron entre 36 y 40 horas de clases teóricas, respetando su horario laboral, de las que se examinaron nada más finalizarlas y que eran impartidas, en su mayoría, por médicos varones (Siles, 1999). Las clases eran obligatorias y, a la quinta falta sin justificar, perdían el derecho al examen. Este curso se matricularon 161 alumnas y aprobaron sólo el 40,9%, de las 76 que se presentaron a los exámenes (Mayán & Puyó, 2008).

Unos meses después comenzaron el curso práctico en la Casa de la Maternidad, que consistió en sesiones diarias de 3 a 6 de la tarde, en las que las futuras enfermeras aprendían a cuidar a los niños lactantes. También realizaron prácticas en otros centros. A partir de 1920 se crea formalmente un segundo curso de contenido más práctico y un tercer año de internado, con el fin de obtener el título de Enfermera Superior. La Escuela ofrecía, también, a lo largo del año, cursos de formación permanente para las enfermeras tituladas dedicados a materias como dietética, masaje, tuberculosis, etc. (Mayán & Puyó, 2008). Las alumnas que se matriculaban en la Escuela procedían de una variada extracción social (obreras, religiosas, burguesas...) (Siles, 1999).

El modelo se exporta a las Islas Baleares y, en 1930, se inaugura la Escuela de Enfermeras Santa Madrona en Palma de Mallorca, para cubrir las necesidades sanitarias de los dispensarios que el Instituto de la Mujer que Trabaja ofrece a sus asociados que residen en las Islas. En esta Escuela, que recibía también alumnas de Ibiza y Menorca, se realizaban los dos primeros años y las alumnas que querían obtener el grado Superior debían realizar el internado en Barcelona. Las Escuelas facilitaron una salida profesional, digna y socialmente, reconocida a las mujeres, eran "escuelas de enfermeras para señoras y señoritas", que supuso un avance en sus posibilidades de acceso al mundo laboral que estaba, en ese momento, prácticamente limitado a tareas relacionadas con el espacio doméstico (Mayán & Puyó, 2008).

Durante la Segunda República, en 1931, la Escuela de Barcelona se transformó en Escuela de Enfermeras Sociales y, durante la Guerra Civil, se interrumpieron las promociones de los cursos 1936-1937, 1937-1938 y 1938-1939 (Mayán & Puyó, 2008). A partir de ese momento se ha mantenido en funcionamiento hasta el año 2009, en que se produce su integración en la Universidad de Barcelona.

La Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina de la Mancomunitat de Cataluña se creó en 1917 pero no empezó a funcionar hasta 1919. Sus principales objetivos fueron mejorar la formación de las personas encargadas del cuidado y asistencia de niños y enfermos y, también, promocionar a la mujer insertándola en el plano socioeducativo y laboral, al igual que la de Santa Madrona (Siles, 1999; Valls, 2007). La Escuela fue clausurada en 1923, como consecuencia de las medidas liquidadoras de la dictadura de Primo de Rivera y volvió a abrir sus puertas con la llegada de la Segunda República, en 1933, con la denominación de Escuela de la Generalitat que se ubicó en un edificio anexo al Hospital Clínico. Sólo se admitían en la Escuela mujeres solteras, viudas o divorciadas que tuvieran entre 18 y 32 años. El programa de formación enfatizaba la relación teoría-práctica, la cultura general y la gimnasia, todo ello complementado con visitas a museos, charlas, etc. (Siles, 1999). La Escuela se cerró en el transcurso de la guerra civil (Valls, 2007).

La formación en la Cruz Roja se inicia con mucho retraso respecto a otros países europeos, a pesar de que el Comité Nacional de la Cruz Roja Española se había constituido ya en 1864. La Sección de Asistencia de la organización estaba integrada mayoritariamente por personalidades de la alta burguesía y la aristocracia y las mujeres que pertenecían a ella procedían de las capas más altas de la sociedad, sobre todo en sus cargos directivos (Siles, 1999).

En 1915, paralelamente a la aprobación del título oficial de enfermera, la Asamblea Suprema de la Cruz Roja, realiza un examen teórico que aprobaron cuarenta y dos alumnas que quedaban pendientes de un examen práctico, aunque en 1911 ya se había regulado el establecimiento de los Cuerpos de señoritas auxiliares de la Doble Cruz Roja (Álvarez Nebreda, 2002).

En los dos años siguientes se aprueban el Reglamento de la Asamblea Central de Señoras de la Cruz Roja, así como las instrucciones generales para organizar y constituir el Cuerpo de Damas Enfermeras, que fue encabezado por la reina Victoria Eugenia (Galindo Casero, Garvi, Villa, & García, 2004; Siles, 1999; Sobrido Prieto, González Guitián, & Pichel Guerrero, 2008), así como un programa para la enseñanza, basado en 35 temas (Álvarez Nebreda, 2002).

Un año más tarde comenzará la formación de Damas Enfermeras en el Hospital Central de Madrid y, en 1920, en Barcelona. Simultáneamente se crea el Cuerpo de Enfermeras Profesionales, cuyo reglamento se aprueba en 1922, por el Ministerio de la Guerra, y, en 1929, la Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española crea las Enfermeras Visitadoras (Sobrido Prieto et al., 2008).

La formación de Dama Enfermera era teórico-práctica, tenía una duración de seis meses, generalmente distribuida en dos cursos, y estaba impartida por médicos. Para acceder a ella se exigía ser española, tener más de 17 años, estar asociada a la institución o ser religiosa, aprobar un examen reglamentario ante un tribunal que contrastará los conocimientos teóricos de la aspirante y aprobar las prácticas en los hospitales que designara la Asamblea General (Galindo Casero et al., 2004; Herrera Rodríguez, 1996/ 1997; Siles, 1999; Sobrido Prieto et al., 2008).

El título de Dama Enfermera, que existió hasta 1978, sólo tenía validez en los hospitales de la Cruz Roja Española. Durante estos años recibieron diferentes denominaciones, entre ellas la de Damas Auxiliares Voluntarias. Pertenecían a las capas más altas de la sociedad, no recibían retribución económica, prestaban sus servicios voluntariamente y se organizaron en cuatro categorías, en función de sus aptitudes y experiencia (Herrera Rodríguez, 1996/ 1997; Sellán Soto, 2010).

Las Enfermeras Profesionales formaban un cuerpo distinto y separado de las Damas Enfermeras. Sus estudios tenían una duración de dos cursos académicos y, para formalizar la matrícula, debían acudir acompañadas de sus padres, esposos o personas que pudiesen responder de ellas. Las candidatas, que debían tener entre 20 y 35 años y ser españolas, realizaban un examen previo de conocimientos básicos y un examen médico. Antes de ser admitidas definitivamente debían superar un período de prueba de tres meses (Sobrido Prieto et al., 2008).

La formación de las Enfermeras Profesionales podía realizarse en régimen de internado, las clases eran impartidas por los médicos del hospital, y repasaban las lecciones con las Hijas de la Caridad, que poseían el título de Enfermeras, y que se encargaban, también, de la vigilancia de las alumnas. Para las prácticas rotaban cada tres meses por diferentes servicios. Al finalizar la formación realizaban, también, un examen ante un tribunal y obtenían el título, otorgado por el Ministerio de la Guerra (Sobrido Prieto et al., 2008).

Entre las Enfermeras Profesionales había tres categorías: las normales de dos años; las Diplomadas que permanecían un año más en el hospital, y las Superiores que debían haber prestado servicio como Diplomadas, al menos dos años, y tener a su cargo algún departamento del Hospital o Dispensario de Cruz Roja durante, al menos, seis meses. Estos no tendrán reconocimiento oficial hasta 1954 (Sobrido Prieto et al., 2008; Pulido, Hernández & Beneit, 2011).

Las Enfermeras Visitadoras eran Enfermeras Profesionales seleccionadas por su experiencia y buenas referencias, en cuanto a instrucción, honradez y actividad, a las que se les impartía una formación mínima de cuatro meses. Se dedicaban a cuidar enfermos, preferentemente a los que no puedan sufragar los gastos de un servicio privado, en sus domicilios y a difundir normas de higiene y economía doméstica (Sobrido Prieto et al., 2008).

La formación de estos colectivos era paternalista, circunscribía el papel de la mujer a sus labores tradicionales de cuidado de enfermos y fundamentaba la actividad en la división sexual del trabajo. "Se condenaba, de esta forma, a la enfermera a compartir el espacio social y las expectativas laborales de la mujer. En este contexto, la Cruz Roja sirvió como engranaje para integrar a la mujer en un mundo laboral cargado de connotaciones ideológicas" (Siles, 1999), pp. 252-53.

Durante esta época se crean también otras instituciones educativas, como la Escuela Nacional de Puericultura (1923) y la Escuela Nacional de Sanidad (1924), en las que se formaron enfermeras puericultoras y psiquiátricas, visitadoras sanitarias y matronas puericultoras, con una visión global e integradora de la profesión de enfermería. Estas escuelas fueron centros docentes y científicos, multidisciplinarios, que aspiraban a abarcar al variado colectivo de profesionales relacionados, de algún modo, con el mundo de la infancia, con el objetivo de disminuir la mortalidad infantil (Siles, 1999).

4.3.4. El inicio de la profesionalización en España (1930-1940).

Desde la primera regulación del título, en 1915, deberán pasar muchos años hasta que se sistematice la profesión enfermera y se regule la actividad de cuidar enfermos, que fue la vertiente más relegada de todas las que constituyen el complejo entramado de la enfermería. "La enfermería como tal no alcanzó en España el nivel de profesión hasta el primer tercio del siglo XX, coincidiendo con el progresivo movimiento emancipador de la mujer y su integración al sector terciario" (Siles, 1999), p. 342, y fruto de la infraestructura sanitaria desarrollada por la Segunda República.

La profesionalización de la enfermería tuvo mucho que ver con la estatalización y mejora de los servicios hospitalarios y el control de las funciones docentes que se realizaban en ellos, pero fue consecuencia, sobre todo, de la progresiva y lenta, aunque irreversible, incorporación de la mujer al ámbito laboral y al sistema educativo, impulsada durante la Segunda República. Tanto es así que durante la misma, en 1931, pasados más de quince años desde la creación del título oficial, vuelve a regularse la unificación de los títulos de enfermera en todas las Facultades de Medicina de la República, según lo que se había dispuesto en la Real Orden de 1915 (Siles, 1999).

En esta fase inicial de desarrollo profesional se dan, en nuestro país, dos diferencias fundamentales respecto a los de nuestro entorno, que siguieron mayoritariamente el modelo Nightingale. Por un lado, la profesión en estos países fue, fundamentalmente, femenina; mientras que en España presentó dos vertientes, los practicantes eran predominantemente varones, y las enfermeras, en su mayoría, mujeres. Un segundo rasgo diferenciador tiene que ver con el liderazgo y protagonismo, no sólo en su inicio sino también en el desarrollo posterior, que, en España, a diferencia del resto, no lo toman enfermeras que poseen, y ejercitan, un concepto de la profesión (Domínguez, 1986) sino el movimiento religioso y la profesión médica.

La creación de la titulación de enfermera supuso tensiones y conflictos con el colectivo de practicantes, que lo vieron como un menoscabo a sus intereses. Los practicantes consideraban que las enfermeras incurrieran en intrusismo y que la actividad que realizaban iba en detrimento de sus posibilidades laborales (Domínguez, 1986). Unos años después, el autor del libro “Las carreras Auxiliares Médicas”, editado en 1923, subrayaba las diferencias entre ambos títulos:

El Practicante es una persona perita, con un título profesional, de esfera más limitada, pero tan respetable como otra cualquier carrera oficial, que ejecuta las prescripciones del médico con arreglo a la ciencia.

El Enfermero es cualquier persona que hace lo que el médico ordena, con arreglo a la práctica (Ventosa Esquinaldo, 1984), p. 104.

Los Practicantes se formaban, en versión libre u oficial, en las Facultades de Medicina, en nueve, hasta el curso 1917-1918 y, en diez, hasta el curso 1936-1937. Durante este período hubo un total de 27.945 alumnos matriculados en ambas versiones y se expidieron 8.896 títulos. La evolución de matrículas siguió una línea moderadamente ascendente, con algunos altibajos. De todas las matrículas, correspondían a mujeres sólo 4.807. El aumento significativo de mujeres se produjo durante los años de la Segunda República (Siles, 1999).

Las Matronas estudiaban en las mismas Facultades de Medicina que los Practicantes. Durante el mismo período (cursos 1917-1918 y 1936-1937) se matricularon 7.713 alumnas y se expidieron 3.240 títulos. Durante estos años sólo estudiaron siete varones: dos se matricularon en el curso 1934-1935 y cinco en el curso 1935-36 (Siles, 1999).

Las Enfermeras se examinaban en las Facultades de Medicina, en una hasta el curso 1931-1932, en tres durante este curso y en diez desde el siguiente 1932-1933. Durante este período (cursos 1917-1918 y 1936-1937), y de forma mucho más irregular que en las otras dos carreras, se matricularon 8.864 alumnas y se expidieron 812 títulos. El curso de mayor matriculación fue el último (Siles, 1999). La mayoría de ellas, 8.221 alumnas, provenían de las Escuelas referenciadas, de las que 676 llegarían a obtener el título (Domínguez, 1986).

En 1932 se establece, el que debió ser, el primer Programa Oficial de la Profesión de Enfermera. Constaba de 34 lecciones, sobre Anatomía Fisiológica, Patología, Bacteriología e Higiene y Técnica de Cuidado de Enfermos, en primer curso; Química, Dietética, Farmacología, Terapéutica y Técnica II de Cuidado de Enfermos, en segundo curso, y Especialidades Médico-Quirúrgicas y Acción Social, en tercer curso (Zabala, 1988).

A partir de este momento comienzan a convocarse varios concursos para proveer plazas para Enfermeras Visitadoras y, se establece, también, este año, y nuevamente en 1936, el Diploma de Practicante y Enfermero Psiquiátrico y el programa oficial de estudios. Los exámenes para su obtención se efectuarán en Madrid, Barcelona, Valencia, Granada y Santiago (Álvarez Nebreda, 2002).

Durante los tres años de la Guerra Civil (1936-1939) se militariza al personal sanitario y se interrumpe, en la mayor parte de los centros, la enseñanza oficial de Enfermeras, Matronas y Practicantes; unos se cerraron y, en los que siguieron con la actividad formativa, los exámenes no se llevaron a cabo. Para paliar la falta de sanitarios, la Cruz Roja, en los dos bandos, y la Sección Femenina, en el franquista, organizan cursillos acelerados que hicieron proliferar distintos tipos de enfermeras, con formación y capacitación escasa y poco homogénea (Domínguez, 1986).

La Cruz Roja expidió títulos de Enfermeras y de Damas voluntarias y, en ambos frentes, hubo enfermeras de la organización procedentes de diferentes países. La Sección Femenina, que había sido creada en 1933, llegó a tener durante la guerra 80.000 enfermeras movilizadas (Alberdi Castell, 1998; Alberdi Castell & López, 2004 oct; Domínguez, 1990; Miró Bonet & Gallego Caminero, 2006; Miró Bonet, 2008; Mompart, 2004; Uribe & Jaramillo, 2002). Esta organización franquista funda, al inicio de la guerra, el Auxilio de Invierno, para el cuidado de heridos y enfermos en los hospitales militares, y, un año más tarde, el Auxilio Social (Siles, 1999).

La imagen y el papel de la enfermería durante la Guerra Civil reflejó las respectivas concepciones e interpretaciones de los dos bandos en contienda sobre lo que debía ser el mundo femenino; en ambos fue utilizada como símbolo de abnegación y entrega, pero el franquista limitó mucho más el abanico de actividades que desempeñó (Siles, 1999).

4.3.5. La formación y la profesión en tres titulaciones (1940- 1949).

Tras la Guerra Civil, la enfermería retorna a las actividades y valores tradicionales, recupera su condición de profesión femenina y abandona buena parte de los logros conseguidos durante la República. El franquismo, a través de la Sección Femenina, orientó la formación y la vida profesional de las mujeres hacia el magisterio o la enfermería, que consideraban una extensión de las naturales funciones maternas y domésticas (Tavera García, 2006), con el requisito imprescindible ser miembro de la organización (Almansa, 2005; Siles, 1999).

El modelo ideológico que el nuevo régimen quería transmitir tuvo en este campo un recurso importante para modelar el comportamiento de las mujeres y dio a las enfermeras unos valores, incuestionables, basados en la sumisión de la mujer al varón y, por tanto, de la dependencia y subordinación de la enfermería a la medicina, que se han mantenido vigentes durante años. También, en ese momento, se incrementan, en la profesión y en la educación, el número de religiosos y las afiliadas a la Sección Femenina se especializan en funciones asistenciales (Almansa, 2005). "El nivel de dogmatización ideológica y religiosa estaba a la orden del día" (Siles, 1999), p.284.

Durante el año 1941 se establecen las normas para el título de Enfermera y el Programa oficial que han de seguir, tanto en las Facultades de Medicina como en las Escuelas de Enfermeras reconocidas (ORDEN de 21 de mayo de 1941 sobre condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera). Se exige para cursarlo una formación previa de tres años de bachiller y conocimientos de fisiología e higiene, así como un examen de ingreso. Para obtener el título deberán realizar un examen ante un tribunal médico (Programa de 6 de julio de 1941, del Ministerio de Educación Nacional, sobre los programas oficiales y ejercicios de estudiantes de Enfermería; Sellán Soto, 2010; Zabala, 1988).

El programa está organizado en dos cursos y consta de 33 lecciones teóricas, con contenidos de Anatomofisiología, Higiene, Nutrición y Dietética, Patología Médicoquirúrgica y Psiquiatría, y 9 lecciones prácticas, en las que la estudiante deberá aprender: habitación, limpieza y alimentación del enfermo, manera de hacer una cama, desinfección, exploraciones generales, intervenciones, asepsia y vendajes.

A pesar de que, aparentemente, la formación era similar a la de los Practicantes, continuaban existiendo diferencias, sobre todo en la orientación. El objetivo, en ambos casos, era "saber hacer", pero no eran iguales las competencias que se adquirirían y el grado de autonomía que otorgaban. También eran muy distintos el funcionamiento y la organización del medio en el que estudiaban unas y otros. Los Practicantes continuaban estudiando en las Facultades

de Medicina, mientras que las Enfermeras lo hacían en Escuelas ubicadas en los hospitales, y, en unas y en otros, supervisadas, generalmente, por las Hermanas de la Caridad (Sellán Soto, 2010; Zabala, 1988).

Al mismo tiempo, en 1942, la Sección Femenina funda, y tutela, el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicionalista y de las JONS, con cuatro secciones: Damas enfermeras de la Falange Española, Enfermeras de organización, enfermeras de guerra y Visitadoras sociales (Almansa, 2005). El título obtenido tuvo validez en todo el país y, así mismo, se recomendaba la convalidación de los títulos oficiales de enfermera a todas las afiliadas que lo poseyeran (Almansa, 2005; Sellán Soto, 2010).

Este mismo años se implanta en España el Seguro de Enfermedad y Maternidad, y dos años más tarde, en 1944, se promulga la ley de *Bases de la Sanidad Nacional* que establece la titularidad del Estado en la asistencia sanitaria, la unificación de las profesiones sanitarias y la obligatoriedad de que haya en cada provincia un Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios que integre a practicantes, matronas y enfermeras (Alberdi Castell, 1999; Hernández Martín et al., 1996; Siles, 1999; Zabala, 1988). A partir de su creación, algunos colegios inician la difusión de información entre los profesionales y la publicación de alguna revista profesional (Sellán Soto, 2010).

Al final de la década, en 1946, se constituye una Comisión para redactar el proyecto de organización y reglamentación de la profesión enfermera (Álvarez Nebreda, 2008).

4.3.6. La titulación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) (1950-1976).

Durante la década de los cincuenta, se producen reformas del sistema educativo, general y de enfermería, que, junto a otras transformaciones económicas, sociales, científicas y tecnológicas, influirán en la tecnificación de la medicina y en la progresiva institucionalización de la enfermedad, el nacimiento y la muerte (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999; Siles, 1999). Estas transformaciones del sistema educativo, sanitario y social afectarán de forma positiva a la enfermería y sustentarán su salto hacia la profesionalización, a pesar de que no supondrán un cambio profundo en la orientación de la formación.

En el primer quinquenio se producen sucesivas regulaciones educativas, algunas contradictorias, que desembocarán en un nuevo título, el de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), que unificará las tres carreras de Practicante, Matrona y Enfermera.

La nueva regulación se inicia con el *Decreto de 27 de junio de 1952*, que refunde los planes de estudio de las tres titulaciones y establece la vinculación, dirección y funcionamiento de las Escuelas y de los estudios de Enfermería que dependerán de las Facultades de Medicina del Distrito Universitario correspondiente, así mismo se propone una Comisión Central para el seguimiento de todos los aspectos regulados (Álvarez Nebreda, 2002). Simultáneamente se establece otra Comisión para redactar el proyecto y la reglamentación de las Escuelas de Practicantes.

Las Escuelas de Enfermeras podrán ser Oficiales, de la Iglesia o de entidades privadas; que las primeras serán dirigidas por un catedrático de la Facultad de Medicina, nombrado por el Decano y, que las no oficiales, lo serán por un titulado superior, nombrado del mismo modo, una vez oída la Junta Rectora de la entidad titular de la Escuela.

Se definen, también, los requisitos que deberán reunir las Escuelas así como el profesorado; entre los que estarán Catedráticos de la Facultad o Profesores Adjuntos, Jefe de la Escue-

la, Secretaria de Estudios, Enfermeras Instructoras y Capellán o asesor eclesiástico. El control de la formación corresponde al Rectorado de la Universidad correspondiente. Las Enfermeras - Instructoras o Monitoras - se ocuparán de todos los aspectos relacionados con las enseñanzas prácticas en el aula, y de la organización, coordinación y supervisión de las que se realizan en los diversos servicios del hospital.

Al año siguiente se publican las normas de estudio para las Escuelas de Enfermeras entre las que se incluye que la formación se realizará obligatoriamente en régimen de internado y en las Escuelas Oficiales reconocidas por el Ministerio de Educación Nacional. Además se definen todos los aspectos relacionados con los requisitos de acceso, las características y los contenidos de la formación que, en líneas generales son los siguientes (DECRETO de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios; ORDEN del 4 de agosto de 1953 sobre el funcionamiento de las Escuelas de Enfermería):

- Requisitos para el acceso: tener 17 años o cumplirlos durante el año; disponer del bachiller elemental o laboral, Magisterio o Grado Pericial de Comercio; poseer las condiciones físicas y de salud necesarias; ser presentada por dos personas de solvencia moral reconocida, y aprobar el examen de ingreso, sobre cultura general y conocimientos básicos, que se realizará durante el mes de junio anterior.
- Solicitar plaza y matricularse en la Facultad de Medicina correspondiente, donde se presentarán las correspondientes certificaciones y se adjuntará una carta de puño y letra en la que se razonen los motivos para desear cursar los estudios.
- Habrá un período de prueba de tres meses, tras el cual la Escuela seleccionará a las alumnas que hayan demostrado condiciones físicas, morales e intelectuales y vocación suficiente para el ejercicio de la profesión.
- La formación se realizará durante tres cursos académicos, sin posibilidad de simultanear más de un curso.
- Se definen las materias teóricas de cada curso, que son las clásicas de la formación anterior a las que se añade Historia de la Profesión, Psicología y Medicina Social, aunque se les da poca importancia, ya que se les asigna un total de 50 horas en todo el currículum; por el contrario, se establecen 3 horas semanales durante los tres años para Religión, Moral Profesional y Educación Política y, 6, para Educación Física. Finalmente, se dedican a las prácticas 4 horas diarias durante el primer curso y 6 en los dos siguientes.
- Los exámenes finales de cada curso se realizarán ante un Tribunal de la Facultad de Medicina.
- Tras la aprobación de los tres cursos se obtendrá el título profesional de Enfermera, expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Al año siguiente de esta regulación de las Escuelas de Enfermeras, en 1955, y sin dar tiempo a iniciar ningún cambio, se establecen las normas para el ingreso en las Escuelas de ATS y se crean las Especialidades de Enfermería (ORDEN de 11 de julio de 1955, por la que se denominan Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos a las actuales Escuelas de Enfermeras; ORDEN de 4 de julio de 1955 por la que se dictan normas para la nueva organización de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios; ORDEN de 5 de julio de 1955 por la que se aprueba el programa de las enseñanzas de Ayudantes Técnicos Sanitarios). A partir de este

momento, y en los dos años siguientes, se sucede la reglamentación de todos los aspectos de la formación que, en orden de publicación son: unificación de los estudios de Practicantes, Matronas y Enfermeras; tránsito a los nuevos planes de estudio; convalidación de los estudios de Practicantes por los de Enfermera; establecimiento del régimen obligatorio de internado para las alumnas de las Escuelas de ATS femeninas; programa formativo de los ATS, prohibición de la coeducación en las Escuelas de ATS, y establecimiento de las enseñanzas de hogar, formación política y educación física en las Escuelas femeninas así como el profesorado y su denominación (DECRETO de 26 de julio de 1956 regulando el título de Ayudante Técnico Sanitario. 1956; ORDEN de 5 de octubre de 1956 regulando el acceso del alumnado a la carrera de Ayudante Técnico Sanitario; ORDEN de 7 de julio de 1956, complementaria de los programas de Ayudantes Técnicos Sanitarios; Álvarez Nebreda, 2002).

Se establece así, por primera vez en España, una única denominación y clase profesional para la enfermería, aunque sus diferencias, históricas y actuales, darán lugar a perfiles profesionales diferenciados (ORDEN de 24 de marzo de 1958 haciendo equivalentes los títulos de Practicante y Ayudante Técnico Sanitario). Los ATS varones recogerán el relevo de los antiguos practicantes, cursarán sus estudios mayoritariamente en Facultades de Medicina y ocuparán puestos de trabajo en centros de urgencia y en el medio rural. Las mujeres, por el contrario, se formarán en los internados de las Escuelas, generalmente de los hospitales, que será el lugar en el que prioritariamente desarrollarán su trabajo (Siles, 1999).

La nueva denominación del título fue rechazada por muchos profesionales, tanto es así que la Primera Asamblea Nacional de Enfermeras, celebrada en 1959 aprobó solicitar, al Ministerio de Educación Nacional, la continuidad de la denominación de enfermera, universalmente conocida, en lugar de la nueva que nadie sabe lo que quiere decir (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999; Hernández Martín et al., 1996). Esta reivindicación coincidía con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ha denominado siempre “enfermera” a los profesionales que se dedican a prestar cuidados.

La organización de los estudios de A.T.S era similar a la que se había definido, en 1952, para las Escuelas de Enfermeras, en cuanto a su duración, no simultaneidad, formación previa, condiciones físicas y de salud, presentación y examen de ingreso. Permanecen, así mismo, el resto de las normas de matrícula, período de prueba y exámenes, aunque se especifican más ampliamente las características de los exámenes finales de cada curso y continúa la prohibición de la coeducación y la obligación del internado en las Escuelas femeninas, para asegurar una vida ordenada y casi clerical de las alumnas y tener la garantía de que se les inculcaban los valores femeninos franquistas de servicio a los demás, disciplina y sentido de la responsabilidad (Hernández Martín et al., 1996).

Tampoco cambia apenas el programa de formación de los ATS respecto al anterior de las Enfermeras; es más amplio en algunas áreas, como las patologías, reorganiza otras, y está más ampliamente definido en cuanto a “extensión, intensidad y ritmo” de las enseñanzas, siendo muchas de las asignaturas similares a las que se impartían a los estudiantes de medicina, pero con contenidos reducidos. Además, se elimina de los tres cursos la asignatura de Técnica de Cuidado de los enfermos y se deja, exclusivamente, en las Prácticas del primer curso.

También se mantiene el gran número de horas dedicadas a la Religión, Moral Profesional y Educación Política y, en las Escuelas femeninas, la Enseñanza del Hogar, con una hora semanal en los tres cursos (ORDEN conjunta del Ministerio de Educación Nacional y de la Secretaría General del Movimiento de 7 de julio de 1955 por la que se regulan las Enseñanzas de Hogar,

Formación Política y Educación Física de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos). En las masculinas, a cambio, se imparten nociones de autopsia médico-legal.

De este modo el plan de estudios consta de 1.245 horas teóricas y de un mínimo de 2.400 horas prácticas, ya que de éstas no se especifican las horas totales sino las diarias por curso, 4 en primero y 6 en los otros dos cursos. Es seguro que el número de horas de prácticas que se realizaban en las Escuelas femeninas era muy superior a este mínimo, ya que el calendario del internado y de las prácticas solía ser mucho más extenso que el académico y, en el mejor de los casos, sólo contaban con un mes de vacaciones en verano (German Bes, 2009; Hernández Martín et al., 1996; Rico-Avelló & Rico, 1962).

Sin embargo, la formación que recibían las/os ATS, era diferente y desigual en las múltiples Escuelas que se crearon durante este período, la teórica solía ser escasa y descontextualizada y, la práctica, mucha y desestructurada, ya que las alumnas suplían la carencia de profesionales. Además la formación era impartida, exclusivamente, por médicos, y las pocas enfermeras que había en las Escuelas estaban relegadas a papeles secundarios. Todo ello, sin duda, frenó la evolución y desarrollo de la profesión (Zabala, 1988).

Estos cambios educativos se producen en un contexto de apertura del país al exterior, de mejora en la situación económica y de importantes avances científicos y tecnológicos que orientan la profesión médica hacia la especialización y la política sanitaria hacia la construcción de grandes hospitales, a partir de la década de los sesenta, dotados de tecnologías avanzadas (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999).

En esta situación se contemplará a la Enfermería como profesión auxiliar y dependiente de la Medicina, a la que delegar y en la que descargar tareas (German Bes, 2009). De este modo los ejes sobre los que giró la formación de los ATS fueron la enfermedad y las habilidades técnicas y prácticas que no respondían a unos objetivos definidos sobre el tipo de profesional que se quería formar y las competencias específicas que debía adquirir (Domínguez, 1986; Zabala, 1988).

Simultáneamente, se está produciendo una gran demanda de profesionales para dotar a los nuevos hospitales, lo que impulsó tanto la secularización del personal, en sustitución del religioso que hasta entonces se había hecho cargo de la asistencia, como la formación, puesto que hubo que realizar un gran esfuerzo para aumentar el número de profesionales dotados de una más amplia y mejor formación (Domínguez, 1986; Hernández Martín et al., 1996; Siles, 1999).

Todo ello consolidó el trabajo de las/los ATS y favoreció el progreso de la profesión que se fue afianzando en técnicas más complejas y mejorando los cuidados que prestaba a los pacientes, de lo que comenzó a dejar constancia en las historias clínicas (Domínguez, 1986; Siles, 1999). Sin embargo, también conllevó la colonización de la profesión por el discurso médico y la acomodación a un papel secundario, subordinado y complementario de la medicina, silenciando de este modo su propia voz. Este hecho contribuyó a que la identidad de la Enfermería quedara desdibujada, ya que el cuidado perdía significado o, bien, era considerado una actividad subalterna (Alberdi Castell, 1998; Alberdi Castell & López, 2004 oct; Domínguez, 1990; Miró Bonet & Gallego Caminero, 2006; Miró Bonet, 2008; Mompart, 2004; Uribe & Jaramillo, 2002).

Al mismo tiempo, la apertura al exterior y la mejora en la consideración de la mujer, tanto en aspectos profesionales, como académicos y políticos, favoreció la movilidad de profe-

sionales fuera de nuestras fronteras, que aportaron una visión diferente de la Enfermería. Esta situación originó el surgimiento de grupos que empezaron a cuestionar aspectos concretos de la práctica y de la orientación enfermera y promovió la búsqueda de una identidad profesional propia (Hernández Martín et al., 1996).

A pesar de ello, fue difícil durante estos años plantear cambios en la práctica profesional. Por un lado, porque las tareas que las/os ATS llevaban a cabo satisfacían plenamente a la profesión médica, ya que eran profesionales dependientes y sumisos que no cuestionaban sus órdenes, ni tomaban decisiones sin consultarlas previamente y sin autorización expresa. Por otro, porque las propuestas reorganizativas debían pasar por los filtros de la estructura jerárquica de los hospitales, sustentada en las direcciones médicas y en las jefaturas de los servicios de las especialidades médicas, de quienes dependían, y a quienes estaban adscritas, la enfermera jefe y las supervisoras de las unidades (Alberdi Castell, 1998).

A lo largo de esta década y la siguiente se regula en varias ocasiones la convalidación de los títulos y el acceso a las Escuelas; se definen las competencias profesionales de ATS, Enfermeras y Matronas y se permite, en 1962, que las alumnas casadas puedan estudiar en régimen de externado. A partir de 1970 se autoriza la creación de secciones masculinas independientes en las Escuelas de ATS femeninas, pero, hasta 1976, no se establece el carácter mixto de las Escuelas y se suprime la obligatoriedad del internado (Domínguez et al., 1983; Álvarez Nebreda, 2002), aunque en las Escuelas pertenecientes al INP se autoriza la admisión de alumnas externas cuatro años antes (Sellán Soto, 2010).

Durante estos años aparece la especialización para los ATS, lo que da la posibilidad de una más amplia formación (Zabala, 1988). Comienza con la especialidad de Obstetricia, en 1957, a la que siguen: Fisioterapia, en 1957; Radiología y Electrología, en 1961; Podología, en 1962; Pediatría y Puericultura, en 1964; Psiquiatría, en 1970; Análisis Clínicos, en 1971, y, en 1975, Urología y Nefrología (Álvarez Nebreda, 2002).

Al mismo tiempo se regulan otros aspectos relativos a la profesión, primero se disuelven los Colegios de Practicantes, Matronas y Enfermeras; después se establecen las secciones de Practicantes, Enfermeras y Matronas, la colegiación obligatoria de Enfermeras y, finalmente, la de ATS, y, en 1974, y se dicta una nueva ley sobre los Colegios Profesionales (Álvarez Nebreda, 2002).

El número de Escuelas de ATS aumentó de forma exponencial durante estos años (German Bes, 2009); disponían de una casi todos los hospitales de la Seguridad Social que se estaban organizando en cada provincia y otras muchas instituciones. En 1976 había 156 Escuelas, de las que el 39% eran de la Seguridad Social, el 36% de la Administración Local y Central, el 7% privadas, el 6% de la Iglesia, el mismo porcentaje eran de la Beneficencia y otro tanto de la Cruz Roja (Sellán Soto, 2010). Todas ellas estaban adscritas o pertenecían a alguna de las 10 Facultades de Medicina de los distritos universitarios de Barcelona, Granada, Madrid, Salamanca, Santiago de Compostela, Sevilla, Valencia y Valladolid.

Entre los cursos 1942-1943 y 1955-1956 fue aumentando progresivamente el número de estudiantes de las tres titulaciones que estudiaban, o se examinaban, en las mismas diez facultades que había al inicio de la Guerra Civil. Los Practicantes, y la mayoría de las Matronas, estudiaban en estas facultades y, las Escuelas, tanto las de Enfermería como las pocas que había de Matronas, estaban adscritas a ellas. Durante este período se matricularon en los estudios de (Siles, 1999):

- Practicante: 57.496 estudiantes, de los que se titularon 21.358. Eran varones 40.639 y, mujeres, el resto (16.857). Durante todo el período va disminuyendo el número de hombres y aumentando el de mujeres (en el último curso 67,6% y 32,4%, respectivamente).
- Enfermera: 49.816 estudiantes (casi todas mujeres, menos los 237 varones que el último curso habían iniciado ya la formación de ATS) y obtuvieron el título 16.518.
- Matrona: 12.567 mujeres, de las que se titularon 4.515.

En los años siguientes fue incrementándose el número de estudiantes. Se matricularon 216.506 estudiantes entre los cursos 1956-1957 y 1976-1977 (Siles, 1999).

Respecto a los profesionales, en 1956 había colegiados 21.900 practicantes; 5.500 matronas, y 8948 enfermeras. El número se duplicó en los veinte años siguientes a expensas, sobre todo, de las enfermeras; de modo que en 1976 había 36.051 practicantes; 4.182 matronas y 40.019 enfermeras (Siles, 1999).

Los cambios educativos que se producen al inicio de la década de los setenta resultarán decisivos para el futuro de la Enfermería. La Ley General de Educación (LEY 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa) planteaba, en una de sus disposiciones transitorias, la posibilidad de convertir las escuelas en centros de Formación Profesional o en Escuelas Universitarias (Siles, 1999; Zabala, 1988). Ambas posibilidades tuvieron defensores y detractores, aunque en el seno del colectivo profesional fue extendiéndose la idea de que la mejor solución era la integración en la Universidad, lo cual permitiría aspirar a tener una continuidad en Licenciatura y Doctorado (Mompart, 2004).

A partir de ese momento, coincidiendo con numerosas manifestaciones estudiantiles, se produjo una defensa por parte de la mayoría de las/os ATS del país para conseguir la integración de los estudios en la Universidad. El lema que movilizó, a profesionales y estudiantes de la época, fue "por una mejor Sanidad, ATS a la Universidad" (Mompart, 2004; Zabala, 1988).

En 1976 se constituyó una Comisión Interministerial para la reforma de los estudios, en la que participaron representantes de los Ministerios de Sanidad y de Educación, del INP, del Sindicato franquista de Actividades Sanitarias y del Consejo General de ATS, con la asesoría de dos médicos y dos enfermeras.

La Comisión propuso la integración de la Enfermería en la Universidad, basándose en las directrices del Consejo de Europa relativas a la actividad de enfermeros responsables de cuidados generales y en el Informe que un Comité de Expertos de la OMS había elaborado en 1966, en el que recomendaba la incorporación de la formación enfermera al sistema de estudios superiores. También resultó decisiva la presión que ejerció el colectivo profesional que mostró con firmeza su interés en ampliar y mejorar su formación (Siles, 1999; Zabala, 1988).

4.3.7. La etapa universitaria y la Diplomatura en Enfermería (1977-1990).

La consecución de la Enfermería universitaria fue un proceso largo y complejo que duró casi siete años, hasta julio de 1977 en que se aprobó la conversión de las Escuelas de ATS en Escuelas Universitarias de Enfermería (EUE) (REAL DECRETO 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de la Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería). Esta situación se produjo paralelamente a la transición democrática y a las transformaciones que esto produjo en la sociedad española y, en coincidencia

con la ampliación del concepto de salud, el incremento de la demanda social respecto a la atención sanitaria y las recomendaciones y propuestas de la OMS sobre las prioridades en salud y la reorientación de la atención así como sobre el protagonismo de la enfermería en su cuidado.

Podría decirse que la integración en la Universidad fue un producto de la transición, el eslabón de un cambio mucho más profundo que supuso la reubicación de la Enfermería en un nuevo modelo de salud ... hasta tal punto que se convierte en uno de los principales instrumentos de los procesos de reforma sanitaria llevados a cabo en España en los años ochenta y noventa (Amezcu, 2003).

La incorporación de la Enfermería a la Universidad constituyó una innovación en sí misma. Además, elevó el nivel de estudios necesarios para acceder a ella, incorporó la plena igualdad de los currícula, independientemente del sexo del alumnado, y amplió y reorientó la formación enfermera. La conversión de las Escuelas en universitarias comenzó ese mismo año; muchas escuelas se incorporaron a las respectivas Universidades y otras desaparecieron, ya que el proceso no estuvo exento de obstáculos y dificultades, relacionados, sobre todo, con la titulación de procedencia (Siles, 1999).

El mismo año 1977 se publican las Directrices para la elaboración de los Planes de Estudios de Diplomado en Enfermería (DUE) (ORDEN de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería) y, al año siguiente, las condiciones que deben cumplir las Escuelas. Los estudios planteaban una duración de tres cursos académicos y un máximo de 20 asignaturas, con una dedicación de, al menos, 4.600 horas repartidas equitativamente entre teoría y práctica. Así mismo, se especificaban los objetivos generales, las materias de cada curso con su respectiva temporalización y los contenidos de cada una y de las prácticas (Álvarez Nebreda, 2002).

Las materias estaban distribuidas en 5 áreas de conocimiento: ciencias básicas (bioquímica y biofísica), ciencias médicas (anatomía, fisiología, farmacología, clínica y dietética), ciencias de la enfermería (enfermería fundamental, historia de la profesión, deontología, médico quirúrgica, enfermería materno-infantil, geriatría y psiquiatría), ciencias de la conducta y Salud Pública (Ortego Maté, 2002a). A éstas se añadían un máximo de cuatro asignaturas optativas, entre las que debería estar obligatoriamente una denominada "Ética Profesional". En este plan de estudios dejaron de existir las asignaturas de moral profesional, religión, formación política y educación física (Domínguez, 1986; Álvarez Nebreda, 2002).

Los rasgos básicos de la nueva formación enfermera tuvieron su orientación hacia la salud y su promoción y la consideración de la persona y su entorno. Por primera vez, se trataba de formar profesionales con funciones propias y definidas, capaces de desarrollar su trabajo en equipos de salud interdisciplinarios y en cualquier ámbito comunitario, con el objetivo de cuidar integralmente a la persona, sana o enferma (Domínguez et al., 1983).

Estos cambios en la formación produjeron "una enorme crisis profesional, en tanto hubo quienes estudiaron una cosa para terminar ejerciendo otra muy diferente a sus expectativas" (Amezcu, 2003) y plantearon una problemática importante tanto en las Escuelas como en la profesión. Por una parte, hasta ese momento la docencia era impartida, en su mayoría, por profesores ajenos al mundo de la Enfermería y la titulación de ATS no capacitaba para enseñar en la Universidad. Por otra, había muchas reticencias a que la supervisión de las prácticas clínicas de las/os estudiantes de la diplomatura fuera realizada por unos profesionales que poseían una titulación de menor nivel (Mompart, 2004).

Para paliar esta situación se dictaron algunas medidas, como la habilitación de los títulos, en 1978, transitoria en principio y prorrogada hasta la nueva ley de Universidades, que permitía que las/os ATS que ya estaban impartiendo docencia en las Escuelas, pudieran continuar haciéndolo, una vez homologados sus títulos por el de Diplomado.

La homologación del título de ATS por el de Diplomado (REAL DECRETO 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería) no sólo pretendía unificar la titulación académica de todo el colectivo profesional y evitar que dos tipos diferentes de tituladas/os ejercieran las mismas funciones sino, también, equiparar, en lo posible, los conocimientos de toda la profesión.

Para la convalidación se estableció un período de cinco años que, finalmente se prorrogó hasta 1989, y un curso de nivelación que impartió la Universidad Nacional a Distancia (UNED). Este curso comprendió las asignaturas de la Diplomatura que los ATS no habían tenido en su formación: Bioquímica, Biofísica, Conceptos de Enfermería, Estadística aplicada, Administración, Legislación y Ciencias de la Conducta (Álvarez Nebreda, 2002). Sin embargo, unos 25.000 ATS no convalidaron su título durante el período establecido porque no se identificaban con el nuevo modelo de Enfermería (Amezcu, 2003). Por lo que para unificar definitivamente la profesión y adaptar la titulación al nuevo escenario del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), fue necesario que el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte volviera a regular, en 2003, un nuevo y último plazo para la convalidación. Para ello se diseñó un nuevo curso que se realizó, igual que el anterior, de forma presencial y gratuita (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, 2006).

Pocos años más tarde, la ley de *Reforma Universitaria (LRU)* (LEY ORGÁNICA 11/1983, de 25 de agosto, de reforma universitaria) facilita la incorporación de la Enfermería a las Escuelas, al posibilitar que los Diplomados puedan acceder a las plazas de Titulares de Escuela Universitaria de algunas áreas, Enfermería entre ellas, y, por tanto, impartir docencia universitaria. Establece que podrán ocupar, además, cargos de Directores de Escuelas o de Departamento. Tras la LRU, las pruebas de idoneidad recogidas en una de sus disposiciones transitorias, permitirá a algunas/os enfermeras/os que impartían docencia en las Escuelas integradas ocupar, por primera vez, plazas de Profesores Titulares de sus EUE.

La regulación, en 1984, de los Departamentos Universitarios, como órganos básicos responsables de organizar y desarrollar la investigación y las enseñanzas propias de su área de conocimiento, permitirá empezar a constituir Departamentos de Enfermería en algunas Universidades.

Toda esta transformación de la actividad educativa en las EUE supuso un nuevo desafío para la Enfermería docente de la época que tuvo que adaptar su capacitación a las exigencias de la formación y de la organización universitaria. Debió realizar un gran esfuerzo de ampliación, profundización y reorientación de su propia formación para alcanzar los estándares de conocimiento, tanto en las áreas de nueva implantación como en las que habían estado en manos de los médicos, así como para asumir competencias más complejas que respondieran a las necesidades y demandas de una sociedad en transformación (Hernandez Martin et al., 1996; Mompart, 2004).

Pasados unos años las plazas de las Escuelas fueron obteniéndose cada vez más por enfermeras/os, en competencia con profesionales de otras disciplinas; lo que ha permitido no sólo organizar, dirigir y controlar las Escuelas y la formación de los estudiantes y participar, como miembros de pleno derecho, en los órganos universitarios sino, también, comenzar a producir conocimiento a través de la investigación (Amezcu, 2003).

Lo anterior, a su vez, hizo posible reorientar la formación de los profesionales y dio lugar a que la Enfermería empezara a construir un patrimonio profesional específico (Alberdi Castell & Cuixar Ainaud, 2005; Amezcua, 2003; Medina, 1999; Mompert, 2004 oct; Ortego Maté, 2002a; Ramio & Domínguez, 2003). La profesión pasó de girar alrededor de la ayuda y dependencia de otro profesional y centrada en las patologías, a orientarse hacia la persona y sus necesidades para mejorar su salud y bienestar, afrontar con éxito una situación de riesgo, seguir un tratamiento y manejar adecuadamente su enfermedad (Alberdi Castell & Cuixar Ainaud, 2005).

En España, a diferencia de otros países, se considera que la identidad de la Enfermería se ha conformado en base a dos dimensiones o roles, el autónomo y el colaborativo, los cuales marcan las líneas estratégicas que debe seguir la profesión.

El rol *autónomo* o independiente es el que define en sí mismo la profesión y muestra, por tanto, cual es la aportación específica de la Enfermería dentro del equipo interprofesional. Este rol integra competencias y actuaciones asociadas al servicio específico que ofrecen las/os enfermeras/os en su práctica profesional y no se puede llevar a cabo sin haber interiorizado los saberes enfermeros, como los modelos conceptuales y los diagnósticos de enfermería. Este rol se basa en la toma de decisiones que dependen exclusivamente de su iniciativa y se guía por los valores humanistas y éticos del cuidado (Alberdi Castell, 1998; Alberdi Castell, 1999; Alberdi Castell & López, 2004 oct; Mompert, 2004 oct; Ramio & Domínguez, 2003; Teixidor, 1997; Teixidor, 2002). Esta dimensión está dirigida a dar soporte a la persona o familia para satisfacer sus necesidades básicas, promover un clima de confianza y bienestar y aplicar cuidados de prevención y promoción, entre otros (Miró Bonet, 2008).

El rol colaborativo, o interdependiente, integra las intervenciones que la enfermería desarrolla en complementariedad con el resto de los miembros del equipo multidisciplinar, compartiendo saberes y buscando el acuerdo en un objetivo común. En esta dimensión la enfermera aplica las indicaciones médicas y las técnicas específicas y realiza actividades de vigilancia del estado de salud de la persona en situación de enfermedad, particularmente de las complicaciones fisiopatológicas y de las reacciones ante tratamientos (Fernández, Garrido, Tomas, & Serrano, 2000; Teixidor, 1997).

Durante el curso 1979-1980 se matricularon en las EUE 12.635 estudiantes, mayoritariamente mujeres. Diez años después, en el curso 1989-1990, lo estaban 20.228 alumnos y se expidieron 5.973 títulos en las treinta y una Escuelas que existían en ese momento (veintiocho públicas y tres privadas). La tasa de feminización global era del 84,21%. En 1990 estaban colegiados: 158.497 ATS y DUE; 6.321 ATS/DUE/Matronas y 2.905 ATS/DUE/ Fisioterapeutas (Siles, 1999).

La necesidad de desarrollar la disciplina, mediante la investigación y la comunicación se plasmó, en 1978, con el inicio de la publicación de la revista Rol (Parrilla & García, 2004) y la constitución de la Asociación de Enfermería Docente (AEED), que ha permanecido hasta 2009, con el objetivo de impulsar actividades científicas, difundir trabajos y establecer canales de comunicación con otras asociaciones nacionales e internacionales (Hernández Conesa, 1995).

También durante este tiempo se produce la unificación corporativa y, en 1989, se aprueba el Código Deontológico de la Enfermería Española. Las normativas actuales asignan a los colegios profesionales varias funciones, entre ellas el control profesional, la regulación de las tasas sobre el ejercicio libre de la profesión, la colaboración con el Estado en materia de contribución fiscal y la difusión de consignas relacionadas con contingencias epidemiológicas, así como el fomento de la profesión, la convocatoria de becas y premios, y las publicaciones (Siles, 1999).

Referente a las especialidades, los diplomados continúan realizando las especialidades establecidas para los ATS hasta 1987, en que se regula el nuevo título de Enfermero Especialista. Se crean un total de siete: Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona), Enfermería Pediátrica, Enfermería en Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica, Enfermería en Salud Comunitaria, Enfermería en Salud Mental, y Gerencia y Administración de Enfermería, pero sólo se han desarrollado la de Matrona, que se regula en 1992 y se inicia en 1994 y, la de Salud Mental, regulada en 1998 y que comienza a impartirse al año siguiente.

Nuevamente, en 1987, se replantea la formación universitaria y se dictan directrices para los nuevos planes de estudio, que sufrirán sucesivas modificaciones durante toda la década siguiente. También se dicta, en 1986, la ley *General de Sanidad* que creará el Sistema Nacional de Salud Español (LEY 14/ 1986, de 25 de abril, General de Sanidad), y se establecerán las bases generales de los conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias, para desarrollar la docencia de las ciencias de la salud (REAL DECRETO 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias; REAL DECRETO 644/1988, de 3 de junio, por el que se modifica parcialmente el REAL DECRETO 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias).

En esta situación también se plantea la revisión del plan de estudios de Enfermería, para lo que el Consejo de Universidades encarga a un grupo de expertos (el Grupo 9) un Informe Técnico sobre el mismo, que fue sometido a debate público y profesional (Zabala, 1988).

4.3.8. La consolidación de la Enfermería en la Universidad y el nuevo Plan de Estudios de Diplomado (1990-2004).

En 1990 se vuelve a regular el título de Diplomado en Enfermería y se dictan nuevas directrices generales para los planes de estudios (REAL DECRETO 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los Planes de Estudios conducentes a la obtención de aquél). A lo largo de prácticamente toda la década se producirán varias modificaciones y aclaraciones de la normativa sobre los planes de estudios, tanto de la general como de la específica de Enfermería (REAL DECRETO 1667/1990, de 20 de diciembre, por el que se rectifica el anexo del REAL DECRETO 1466/1990 de 26 de octubre, por el que se establecen las directrices generales propias de los Planes de Estudios; Corrección de erratas del REAL DECRETO 1667/1990, de 20 de diciembre, por el que se rectifica el anexo del REAL DECRETO 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado de Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél). En ésta la más relevante se publica en 1994 para incorporar y aclarar las directivas europeas para la formación enfermera, en cuanto al número mínimo de horas y a la temporalización teoría-práctica (Corrección de erratas del REAL DECRETO 1267/1994, de 10 de junio, por el que se modifica el REAL DECRETO 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos REALES DECRETOS que aprueban las directrices generales propias de los mismos; REAL DECRETO 1267/1994, de 10 de junio, por el que se modifica el REAL DECRETO 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos REALES DECRETOS que aprueban las directrices generales propias de los mismos).

Tras la publicación de las directrices, las Universidades estaban obligadas a diseñar un plan de estudios en un plazo máximo de tres años para que fuera homologado por el Consejo de Universidades. Sin embargo, la sucesiva normativa hizo que, en muchos casos, se retrasara la propuesta de las Universidades y que, otras muchas, hayan cambiado varias veces durante esta década sus planes de estudios de Enfermería.

A modo de resumen, las directrices especifican los objetivos del título, la denominación y descripción de las materias troncales, el número mínimo de créditos teóricos y prácticos de cada materia y la adscripción de cada materia a áreas de conocimiento, entre las que, por primera vez, se incluye "Enfermería". Además, según las normativas generales, los planes de estudio deberán tener asignaturas obligatorias de universidad, optativas y de libre configuración.

La titulación continua siendo de primer ciclo, con una duración de tres años que constará de un número de créditos no inferior a 205 ni superior a 240, que supondrán un mínimo de 3.900 horas, siendo teórica un tercio de la carga lectiva global y práctica la mitad.

Durante este período la titulación va consiguiendo cierto grado de consolidación en la Universidad y se produce un gran desarrollo académico, investigador y profesional. Por una parte un gran número de enfermeras/os ocupan plazas de titulares de las Escuelas y dirigen tanto Escuelas como Departamentos de Enfermería. Por otra, aumentan las publicaciones y actividades científicas enfermeras de modo que, veinticinco años después de la integración en la Universidad, se publicaban en España cerca de 80 revistas, gestionadas mediante cuatro bases de datos bibliográficas específicas y, entre 1992 y 2002, se publicaron 25.000 artículos, de los que 6.000 relataban investigaciones originales (Amezcuza, 2003).

Sin embargo, el que la titulación sea solamente de primer ciclo supone una gran limitación porque impide el desarrollo académico e investigador pleno. Pero "la historia nos ha enseñado que las cosas que tocan a la enfermería siempre han tenido un coste sobreañadido, pero también nos enseña que no se le pueden poner límites al conocimiento" (Amezcuza, 2003), p. 10. Tanto es así que durante este tiempo algunas/os enfermeras/ os iniciaron una formación superior en Historia, Psicología, Sociología o Pedagogía y, en los últimos tiempos, en Antropología Social y Cultural para poder acceder al doctorado. De este modo, lentamente y con gran esfuerzo, comenzarán a presentar sus tesis doctorales en otros Departamentos y áreas de conocimiento.

Al mismo tiempo, se pone en marcha en algunas Escuelas una estrategia, liderada por la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería Estatales (CNDEE), para establecer, como Título Propio de las Universidades, un Segundo Ciclo en Enfermería, con la esperanza puesta en que dicha experiencia sirviera de modelo y se generalizara a todo el Estado español. La iniciativa que comienza en el curso 1998/1999 en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante (Siles, 1999) será seguida por las Escuelas de las Universidades de Huelva, Rovira y Virgili de Tarragona, Lérida, Almería, Internacional de Cataluña, Autónoma de Madrid y Zaragoza (Sellán Soto, 2010).

En el año 2000, la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería Estatales (CNDEEE) y el Consejo General de Enfermería de España junto a asociaciones y sindicatos de Enfermería firman un documento de apoyo a la Licenciatura. A partir de ese momento, y hasta el 2004, se suceden los informes y documentos desde el colectivo profesional, liderados por la CNDEEE, a los que el Consejo de Universidades (denominado posteriormente de Coordinación Universitaria) responde con una propuesta de Licenciatura - en Ciencias de la Salud o en Ciencias Sanitarias - para todas las diplomaturas del área que no llegará a aprobarse (El Consejo de Universidades aprobará el segundo ciclo de Ciencias de la Salud. 2001).

Todas estas iniciativas coinciden en el tiempo con la declaración de Bolonia, firmada en 1999 por 29 países europeos entre los que se encuentra España, que se plantea la meta de establecer en 2010 un Espacio Europeo de Educación Superior. A la Conferencia de Bolonia le suceden otras cinco celebradas cada dos años en las ciudades de Praga, Berlín, Bergen, Londres y Lovaina y llegarán a formar parte del grupo de seguimiento 46 países, la Comisión Europea y otras organizaciones educativas.

La incorporación al EEES está suponiendo en España la reordenación de toda la formación universitaria, reformas que comienzan con la ley Orgánica 6/2001 de Universidades (LOU) (LEY ORGÁNICA 6/2001, de 21 de diciembre de Universidades).

En el ámbito profesional, se aprueban, mediante el Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de ordenación de la actividad profesional de Enfermería, en cuyo Título III, capítulo I, artículo 53.1 dice:

los servicios de Enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades, en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y la dignidad humana.

En el punto 2 del mismo artículo se afirma:

el enfermero generalista es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos enfermeros, que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos.

Así mismo, la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece en el Título I, artículo 7, apartado 2 que:

corresponde a los diplomados universitarios en enfermería, la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Ante la situación de incertidumbre respecto al futuro de la formación enfermera y la ausencia de avances en ningún sentido, la CNDEE participa en la segunda convocatoria de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) para el diseño del título de Grado de Enfermería. El Libro Blanco de la titulación fue elaborado por una Comisión formada por los delegados de las Universidades españolas participantes, coordinada por los Directores de las Escuelas de las Universidades de Zaragoza y Barcelona. Así mismo se ha contado con la participación de profesionales de instituciones sanitarias y sociosanitarias y organizaciones profesionales y científicas (*Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería*. 2005).

El Informe final fue aprobado en enero de 2004 por representantes de 41 Universidades y refrendado posteriormente por 6 más. La valoración que sobre el Libro Blanco realiza la Comisión nombrada por ANECA, refleja las características más importantes del mismo:

Se presenta un proyecto de calidad, enmarcado por la correspondiente directiva europea, en el que han participado prácticamente todas las universidades españolas que imparten el título (94%).

El análisis de la situación de los estudios correspondientes o afines en Europa se ha resuelto de manera satisfactoria, llegándose a deducir la imposibilidad de seleccionar un modelo concreto, por la semejanza existente entre todos, debido a la existencia de directivas europeas y de recomendaciones de la OMS sobre la formación de estos profesionales

Igualmente han sido muy adecuadamente resueltos los apartados referentes al estudio de la oferta y demanda de la titulación y al estudio de la inserción laboral, obteniéndose una imagen bastante completa.

El estudio del conjunto de los apartados referidos a las competencias tiene una alta calidad. Cabe destacar el análisis de las diferentes opiniones entre los grupos encuestados, con relación a todas las competencias, genéricas y específicas. También es destacable la consideración hecha sobre la importancia comparativa de las competencias específicas para el grado y postgrado y la distribución de las mismas en los campos de conocimiento.

Los objetivos del título quedan bien definidos y se plantean 8 bloques formativos que son coherentes con el desarrollo global del proyecto y los resultados obtenidos.

Se propone un título de grado de 240 créditos (4 años); si bien se hace una justificación de dicha propuesta, la Comisión considera necesario abordar este punto conjuntamente con todos los estudios de grado del ámbito de Ciencias de la Salud y por tanto no considera oportuno tomar una decisión aislada.

Por lo que respecta al punto 14 “Criterios e indicadores del proceso de evaluación”, consideramos importante la aportación, si bien entendemos que una valoración conjunta de los indicadores incluidos en todos los proyectos hará posible presentar una propuesta más completa.

Una vez corregidas las mejoras sugeridas, recomendamos la publicación del Libro Blanco y su remisión al Consejo de Coordinación Universitaria y a la Dirección General de Universidades.

4.3.9. El desarrollo disciplinar pleno: Grado, Postgrado y Doctorado.

Durante el último quinquenio se han sucedido las regulaciones legales para armonizar la formación superior con Europa, de modo que los estudiantes y titulados puedan movilizarse sin trabas legales (Ballester, 2009). En 2005 se reorganizan las enseñanzas universitarias (REAL DECRETO 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado; REAL DECRETO 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado). La legislación universitaria se reformará nuevamente dos años más tarde (LEY ORGÁNICA 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades) y, también, las enseñanzas universitarias oficiales (REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales).

En esta legislación se dispone que las enseñanzas universitarias que conducen a la obtención de títulos oficiales se estructurarán en tres ciclos: Grado, Máster y Doctorado, con un Sistema Europeo de Transferencia de Créditos (ECTS) que corresponde a 25–30 horas de trabajo total del estudiante, en las que se incluyen todas las actividades que realiza, clases teóricas, seminarios, tutorías, autoaprendizaje, trabajos, tiempo de estudio y de evaluación (Ballester, 2009; Burjalés, Ricomá, Maciá, & Ballester, 2005; Fernández, Amat, & García, 2009).

Los títulos expedidos por las Universidades se acompañarán del Suplemento Europeo al Título, que es un documento que añade información describiendo la naturaleza, contexto y contenido del título, con el objetivo de incrementar la transparencia de las titulaciones impartidas en los países europeos y facilitar su reconocimiento académico y profesional. Las nuevas titulaciones deberán estar implantados en el curso 2010-2011 (Burjalés et al., 2005).

Los planes de estudios de Grado tendrán 240 ECTS, 60 por curso académico, de los que, al menos, 60 serán de formación básica, y concluirán con la elaboración y defensa de un trabajo de fin de Grado de entre 6 y 30 créditos. Los Máster tendrán entre 60 y 120 créditos y concluirán, también, con un trabajo final que podrá tener los mismos créditos que el de Grado. Para obtener el Doctorado será necesario haber superado un período de formación y otro de investigación organizado.

La legislación también especifica que los títulos de Diplomado Universitario, entre otros, mantendrán su plena vigencia académica y profesional en los mismos términos en que se establecieron y podrán acceder a las enseñanzas de Máster, aunque las Universidades podrán exigir formación adicional.

En el curso 2006-2007 se inician ya, en algunas Escuelas de Enfermería, los primeros programas oficiales de posgrado que, en su mayoría, provenían de los títulos propios que se estaban impartiendo desde el curso 1998-1999.

Dado que Enfermería es una profesión regulada, el Gobierno estableció posteriormente las condiciones a las que debían adecuarse los planes de estudios que habilitan para el ejercicio de la profesión, que deben ajustarse, también, a la normativa europea aplicable, así como los requisitos para la verificación de los títulos. Se establece así una formación de 240 ECTS, se definen los objetivos del título, los módulos mínimos y las competencias que deben adquirir las/ os tituladas/ os (ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero; Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería).

El título de Graduada/ o en Enfermería, que comenzó a impartirse en alguna Universidad durante el curso 2008-2009, está basado en el Libro Blanco de la titulación. Se desarrolla a lo largo de cuatro años y consta de un mínimo de 3 módulos: de Formación Básica Común, con 60 ECTS, y competencias relativas asignaturas generales; de Ciencias de la Enfermería, con 60 ECTS, y competencias relativas a las áreas enfermeras, y de Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado, con 90 ECTS. A los anteriores habrá que añadir los 30 ECTS que establecerá cada Universidad.

Lo más llamativo del EEES es que pretende la modificación del rol de profesores y estudiantes y de la metodología docente; enfocando la formación hacia el aprendizaje activo del estudiante para que adquiriera competencias de liderazgo, creatividad, autonomía y toma de decisiones (Granero, Fernández, & Aguilera, 2010) y para que asuma una actitud crítica basada en el pensamiento reflexivo, capaz de comprender los fenómenos que afectan a la salud individual, familiar y comunitaria, al tiempo que tiene en cuenta los acontecimientos económicos, políticos, sociales y epidemiológicos (Morán et al., 2008).

La ampliación y mejora de la formación y la profundización en la investigación que se ha producido durante los poco más de treinta años que lleva la enfermería en la Universidad se refuerzan ahora por todos los cambios relacionados con el EEES, que no sólo han supuesto un aumento en los años de formación, con todo lo que ello conlleva, sino que están permitiendo el acceso al máximo grado académico, el Doctorado, a muchos profesionales. Esto, sin duda favorecerá el desarrollo de la disciplina y de la profesión enfermeras, desde su objeto, los cuidados de enfermería en el ser humano, aislada o colectivamente, en cualquiera de sus modalidades y fases; a la práctica, de la cual se derivan ideas, hipótesis y especulaciones que se expresan de forma conceptual. Cuanto mayor sea este bagaje conceptual, más capacidad se tendrá para desarrollar la práctica y para, a la luz de los nuevos hallazgos y conclusiones derivados de ella, arbitrar mecanismos para renovar el cuerpo de conocimientos y ensayar procesos innovadores que optimicen la actuación profesional (Granero et al., 2010; Palomino, Frías, Grande, Hernández, & Del Pino, 2005).

En 2005, coincidiendo con el inicio de la regulación de los nuevos títulos de grado se establecen siete especialidades para las/ os Diplomadas/ os en Enfermería: Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería de Salud Mental, Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería Geriátrica, Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) y Enfermería Pediátrica. Hasta el momento actual se han publicado los programas formativos de 6 de ellas, las últimas en 2010; faltando aún de desarrollar la de Cuidados Médico-Quirúrgicos cuando ya ha dejado de impartirse la diplomatura.

En 2007 había en España alrededor de 238.000 enfermeras colegiadas, 531,83 por cada 100.000 habitantes, siendo la media de la Unión Europea de 808,48, lo que la lleva a ocupar el puesto 22 entre los 27 países. Existen, además, importantes diferencias entre las Comunidades Autónomas, que van de las 900 enfermeras por 100.000 habitantes de Navarra a las 348,61 de Murcia, estando Cantabria en una situación intermedia con 675 (*Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea*. 2007).

Partiendo de estos datos, el Presidente del Consejo General de Enfermería de España afirmaba, en 2008, ante la Comisión de Sanidad del Senado que se necesitaban 150.000 enfermeras/ os para atender a la población y equipararse a los sistemas sanitarios de los países de Europa y que la cifra iría en aumento en los próximos diez años, ya que se producirá una jubilación masiva de profesionales.

Actualmente, la formación se imparte no sólo en las Escuelas de Enfermería, sino también en otras Escuelas y Facultades, de Ciencias de la Salud, de Medicina, de Ciencias Médicas y de la Salud o de Estudios Sanitarios. Además, muchos de los Centros lo son, además, de Podología o Fisioterapia, de ambas, de Fisioterapia y Nutrición o de Terapia Ocupacional.

En el curso 2009-2010, hay 101 Centros de Enfermería, de los que 43 son de Universidades Públicas, 41 más están adscritas a ellas, aunque pertenecen a otras instituciones, y 17 de Universidades Privadas. Además, hay 3 Universidades cuyos Centros de Enfermería disponen

de más de una sede: Islas Baleares y Las Palmas de Gran Canaria, 3 cada una, y, León, 2. Durante este mismo curso figuran inscritos, en el registro de Universidades, Centros y Títulos, 26 títulos de Grado en Enfermería y 8 de Posgrado (*Registro de Universidades, Centros y Títulos*, 2010).

En definitiva, la dignificación de la enfermería, la recalificación de la actividad del cuidado de los enfermos ... están estrechamente vinculadas con el movimiento de emancipación de la mujer y, más concretamente, con la incorporación de la misma al sector terciario de producción. Este nuevo ámbito laboral alteró cualitativa y cuantitativamente la demanda de un sistema educativo decimonónico que proscribía la coeducación. El principal reto que tiene pendiente la enfermería (la consolidación profesional y científica) está vinculado con la indefinición epistemológica y la adopción de métodos que contradicen la esencia del objeto de la disciplina (Siles, 1999), p. 331.

El destino de la enfermería está vinculado a la aceptación, adopción y difusión de los presupuestos incluidos en el paradigma interpretativo simbólico y en el sociocrítico, una plataforma que facilite la interacción comprensiva que debe presidir todo acto de enfermería y que potencie la implicación del paciente en su propio proceso de cuidados (Siles, 1999).

CAPÍTULO 5:

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



El estudio pretende analizar los elementos, características y evolución de la Escuela de Enfermería de la “Casa de Salud Valdecilla”, desde su inicio hasta el momento actual, tanto en los aspectos organizativos como formativos y desde el análisis historiográfico y documental hasta la percepción que sobre todos los aspectos que la configuraron tienen las/los estudiantes formados en ella.

5.1. LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

El diseño de este estudio pretende dar respuestas a varias preguntas, unas previas a su realización y otras que han ido surgiendo durante su desarrollo y que pueden resumirse en: ¿cómo ha sido posible la permanencia de la Escuela durante tanto tiempo?

Se plantean, además, otras muchas: ¿por qué surge, aquí, en ese momento?, ¿qué elementos favorecieron su estabilidad en situaciones de gran dificultad y en un entorno social cambiante?, ¿por qué se mantuvo la demanda para formarse en ella a pesar de las duras condiciones? o ¿qué opinión tiene de la Escuela el alumnado que se ha formado en ella?

5.2. LOS OBJETIVOS.

Analizar la configuración, evolución y desarrollo de la organización de la Escuela de Enfermería de la “Casa de Salud Valdecilla” y de la formación impartida en ella entre 1929 y 2010.

Más específicamente me propongo:

1. Analizar los intereses y motivaciones que justificaron el inicio de la Escuela.
2. Reconstruir los elementos organizativos y docentes que caracterizaron la formación en la Escuela durante este período.
3. Examinar el modo en que se han ido manifestando, en la formación y en la organización de la Escuela, los cambios producidos en la sociedad y en la situación de la mujer.
4. Desentrañar la experiencia de formarse en la Escuela a lo largo del tiempo, a través de las narraciones de las/os estudiantes.

5.3. EL DISEÑO Y EL TIPO DE ESTUDIO.

El estudio, para el que se utilizan metodologías y técnicas historiográficas y cualitativas, consta de tres fases o etapas. En la primera se lleva a cabo una revisión histórica, secuencial y cronológica de la trayectoria organizativa y docente de la Escuela desde su comienzo, en 1929, hasta el final del año 2010, último en que accedieron estudiantes para realizar la Diplomatura en Enfermería, puesto que el nuevo título de Graduado había comenzado a impartirse el curso 2009/2010. Para realizar esta parte del estudio recorro al análisis documental y textual de documentos, inéditos, en la mayoría de los casos así como de publicaciones, noticias de prensa, textos legales, imágenes y material fotográfico. En la fase siguiente describo las características y analizo el contenido de los nueve Manuales que el primer director de la EE, Manuel Usandizaga, publicó entre los años 1934 y 1970. En la tercera, finalmente, mediante metodología cualitativa siguiendo un diseño fenomenológico (Schutz & Brodersen, 2003; Taylor & Bogdan, 1992, Zichi Cohen & Omery, 1992), estudio las transcripciones de tres entrevistas abiertas realizadas a alumnas de la primera promoción y de tres grupos triangulares, en los que participan ocho alumnas y un alumno de diferentes promociones de la EE, para comprender cómo perciben la experiencia de formarse en la EE.

La tesis, además, incluye tres capítulos previos que resultan imprescindibles para comprender el inicio, las transformaciones y los sucesos que ocurrieron en esta institución a lo largo de los ochenta años que se estudian y que están destinados a recuperar el contexto sociopolítico y económico de la sociedad española a lo largo de este período temporal. Así, en los primeros capítulos, se presenta una revisión bibliográfica de la historia política y social española del siglo XX, dedicando dos apartados a dos aspectos directamente relacionados con el objeto de estudio, como son las políticas sanitarias y educativas. Así mismo, puesto que la historia de la EE, y de la Enfermería en general, es una historia de mujeres, resultaba, también esencial indagar en la evolución de la situación de la mujer en España a lo largo del siglo, específicamente en los momentos y particularidades que, por su relevancia, contribuyeron a perfilar la identidad femenina. Por último, se explora la literatura relativa al proceso de profesionalización enfermera iniciado en Europa en la segunda mitad del siglo XIX, y más tardíamente en nuestro país, destacando los aspectos que definieron e influyeron en el desarrollo de la formación y de la profesión, al objeto de contextualizar y comprender el surgimiento y evolución de la EE.

La bibliografía consultada para la obtención de información sobre estos temas y el período de estudio referido se obtiene a través del catálogo de la Universidad de Cantabria y de diversas fuentes de información y bases de datos, en especial CUIDENplus, DIALNET, DOCUMENTED, ÍNDICE HISTÓRICO ESPAÑOL, ISOC, SCOPUS, TESEO y TESIS DOCTORALES EN RED. Se consultan, así mismo, páginas Web de administraciones públicas, para obtener publicaciones y estadísticas referidas a educación, salud y situación de la mujer, y se revisa la legislación política, profesional y académica, mediante acceso online a Gazeta (<http://www.boe.es/legislacion/gazeta.php>) que ofrece las disposiciones y noticias publicadas en los diarios oficiales entre 1661 y 1959.

5.4. MATERIALES, PARTICIPANTES Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

5.4.1. *La historia de la Escuela.*

La revisión y análisis de la historia de la Escuela de la “Casa de Salud Valdecilla” (EE) se inicia con la de la institución que le dio vida y de la que formó parte durante más de sesenta años, la “Casa de Salud Valdecilla” (CSV), ya que la EE fue un elemento fundamental del proyecto del Marqués de Valdecilla y constituyó uno de los dos pilares en los que se asentó la función docente de la CSV. Por este motivo comienzo el capítulo analizando el origen y la evolución de esta Institución.

Dado que apenas existen investigaciones y publicaciones completas y relevantes sobre ambas instituciones, salvo las que llevó a cabo Fernando Salmón (Salmón Muñiz & García Ballester, 1986; Salmón Muñiz et al., 1990; Salmón Muñiz, 2004) en relación a los primeros años de la CSV y de la EE o una tesis - a la que no he tenido acceso - sobre la historia de la CSV, presentada en la Universidad de Salamanca por Venero Gómez, en 1974; ha sido necesario recurrir a documentos originales, registros, publicaciones, hemerotecas, regulaciones legales y material fotográfico que den cuenta de su trayectoria. De este modo se inicia el estudio recopilando y revisando la información existente tanto en la Fundación Valdecilla como en la EE, para lo que se dispone de la correspondiente autorización de las dos instituciones. Además, se revisa y recupera bibliografía y prensa periódica en varias bibliotecas de la región, en especial en la Marquesa de Pelayo, perteneciente al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, y en la Menéndez Pelayo, del Ayuntamiento de Santander.

Se revisa, también, la información reflejada en la página Web del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (<http://www.humv.es/index.php>) y la legislación relativa a la creación y evolución de ambas instituciones, a través del acceso online a Gazeta.

Los documentos consultados, que se enumeran más pormenorizadamente en la tabla que se incluye a continuación, son los siguientes, organizados en función del lugar en que se encuentran los archivos:

En la Fundación Marqués de Valdecilla:

- Los ocho libros de Actas del Patronato de la CSV en los que se recogen los acuerdos adoptados por dicha institución entre el 16 de abril de 1928, sesión de constitución del Patronato que la gestionará, y el 16 de noviembre de 1988, fecha en la que se acuerda la cesión a la Universidad de Cantabria de la EE:
 - Libro 1º: de 16-04-1928 a 07-10-1933
 - Libro 2º: de 18-03-1934 a 04-12-1951
 - Libro 3º: de 13-04-1953 a 17-11-1960
 - Libro 4º: de 29-12-1960 a 29-07-1968
 - Libro 5º: de 12-08-1969 a 30-03-1974
 - Libro 6º: de 27-04-1974 a 06-06-1978
 - Libro 7º: de 06-06-1978 a 08-02-1988
 - Libro 8º: de 08-02-1988 a 16-11-1988

- El Resumen Estadístico de la CSV de los años 1930 a 1954, con datos asistenciales, económicos y de personal.

En los archivos de la EE:

- Los veintiún libros de Registro de Matrícula existentes hasta septiembre de 2010, en los que figuran numerados correlativamente los 5.126 solicitantes de plaza en la EE que, hasta 1954, se formaron como enfermeras; hasta 1981 como Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) y, hasta 2010, como Diplomadas/os en Enfermería (DUE). El registro del último libro se cierra en septiembre de este año, con la finalización del acceso a los estudios de la diplomatura. En cada registro se especifica la fecha en que concluye los estudios cada solicitante y, en quienes no obtienen el título, los motivos por los que no lo hacen.
- Los dos libros de Títulos Expedidos, en los que se especifica, siguiendo el orden de la fecha de solicitud, el nombre y el número de Registro de Matrícula de quienes han solicitado el título de Enfermera, de ATS o de Diplomada/o:
 - Libro 1º: de 1932 a 1971. Figuran en el libro 1.430 solicitantes del título de Enfermera y de ATS.
 - Matrícula 2: desde 1972 (este libro concluirá en septiembre de 2014 que finaliza la posibilidad de obtener el título de DUE en esta Universidad). Figuran 880 solicitantes del título de ATS y 1.823 del de DUE.
- Las carpetas del expediente individual de cada solicitante de plaza en la EE desde el 27 de enero de 1930. La documentación que se incluye en ellas va variando a lo largo del tiempo, en función de los requisitos de acceso y de la exigencia de acreditación documental de los mismos. En las carpetas de las primeras alumnas se incluía lo siguiente: la solicitud de ingreso como alumna interna dirigida al Director de la CSV; un cuestionario enviado por la EE y firmado por la Subdirectora Maria Teresa Junquera, en cuya primera página se describen los requisitos para ser admitida y en el que se solicitan, escritos "de su puño y letra", datos académicos, profesionales, de salud y de personas de solvencia que la conozcan, preferiblemente mujeres; una fotografía firmada, la partida de nacimiento; la carta de recomendación de un sacerdote, maestro o persona que desempeñe cargo público; una autorización de sus padres o tutores para ingresar como alumna, y la hoja de estudios en la EE en la que se reflejan las asignaturas y los resultados de cada curso así como las fechas y los servicios del trabajo en las clínicas. Con posterioridad se incluirán también, entre otra información, certificados médicos y de estudios previos, los exámenes de ingreso y los realizados durante la formación o las Normas de Régimen Interno firmadas por las alumnas.
- Dos tipos de fichas de cada estudiante, sin fotografía hasta el curso 1972/1973. Una de ellas contiene datos personales y de procedencia y, en la otra, se especifica el desarrollo y rendimiento académico.
- Los libros de las Actas de los exámenes, de septiembre de 1930 a septiembre de 2010.
- Los libros de Prácticas, entre 1945 y 1980.
- El libro de Actas de la constitución del Patronato de la Escuela, con una única acta de fecha 14 de octubre de 1980.
- El libro de Actas de la Junta de Escuela, de 6 de junio de 1984 a 15 diciembre de 1987.

- El libro de Actas de la Junta de Dirección, de 16 de agosto de 1984 a 17 de junio de 1985.
- Las Actas de la Junta de Escuela, desde 22 de junio de 1990 a 30 de noviembre de 2010, archivadas electrónicamente, aunque las de los primeros años lo están también en papel.

En la Biblioteca Marquesa de Pelayo:

No se obtiene bibliografía específica referida a la EE, ya que no existe ningún libro publicado sobre ella y tampoco están organizadas ni accesibles las revistas profesionales anteriores a 1980. Sin embargo, se encuentra información sobre la CSV, alguna breve referencia relativa a la EE, e imágenes de ambas instituciones en:

- Los treinta y cinco volúmenes de Anales de la Casa de Salud Valdecilla que fueron publicados entre 1930 y 1974 por el Instituto Médico de Posgraduados, cuyo último número, dedicado al 7º Congreso de la Asociación de Médicos ex internos de la CSV, incluye varias imágenes de la CSV y de la inauguración de la nueva EE.

En la Biblioteca Menéndez Pelayo:

Se ha consultado prensa periódica, en su mayoría de la provincia de Santander, de los años 1929 a 1935 y de fechas posteriores, si se tenía referencia sobre noticias relativas a la EE y a la CSV:

- El Cantábrico: publicado entre 1895 y junio de 1937.
- El Diario Montañés: publicado desde 1902 hasta la actualidad.
- El Pueblo Cántabro: publicado entre 1914 y julio de 1927.
- La Región: publicado entre 1924 y junio de 1937.
- La Voz de Cantabria: publicado entre 1927 y junio de 1937.
- El Sol: publicado en Madrid entre 1917 y el final de la guerra civil.

Tabla 1. Resumen de la documentación a consultar

<i>Fundación Valdecilla</i>	<i>Escuela de Enfermería</i>	<i>Bibliotecas</i>
<ul style="list-style-type: none"> - 8 libros de Actas del Consejo (1928-1988). - Resumen estadístico de la Casa de Salud Valdecilla (1930-1954). - <i>Tres cartas a una enfermera</i> del Dr. García-Barón 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 21 libros de Registro de Matrícula (1930-2010). ▪ 2 libros de Títulos Expedidos (1932-1971 y 1972-). ▪ Expedientes y fichas de estudiantes (1930-2010). ▪ Álbum fotográfico de estudiantes (incompleto) ▪ Libros de Actas de exámenes (1930-2010) ▪ Información sobre el profesorado. ▪ Información sobre los Tribunales de exámenes de la Universidad de Valladolid (hasta el curso 1973/1974). ▪ Discurso de Usandizaga (1944). ▪ Libros de Prácticas (1945 -1980) ▪ Libro de Actas de constitución del Patronato (14-10-1980). ▪ Libro de Actas de la Junta de Escuela (06-06-1984 a 15-12- 1987). ▪ Libro de Actas de la Junta de Dirección (16-08-1984 a 17-06-1985). ▪ Actas de la Junta de Escuela (22-06-1990 a 30-11-2010). ▪ Reglamentos de Régimen Interno y Guías Docentes. ▪ Material fotográfico 	<ul style="list-style-type: none"> - Anales de la Casa de Salud Valdecilla (1930-1974). - Memorias de Gestión del Hospital Marqués de Valdecilla (1980-1990). - Prensa periódica: <ul style="list-style-type: none"> - El Cantábrico - El Diario Montañés - El Pueblo Cántabro - La Región - La Voz de Cantabria - El Sol

5.4.2. Los Manuales para la formación.

En la segunda parte del estudio se describen las características y se analiza el contenido de los nueve textos que el primer director de la EE, Manuel Usandizaga, dirigió y escribió entre 1934 y 1970. Las seis primeras ediciones se publicaron, con la denominación de Manual de la Enfermera, en los años 1934, 1938, 1940, 1943, 1950 y 1952 y, las tres restantes que recibieron el título de Manual de la Enfermera y del Practicante, fueron publicadas en 1958, 1964 y 1970.

Los Manuales que constituyeron los libros de texto en que se basó la formación de las alumnas de la EE, son un valioso instrumento para analizar no sólo los conocimientos que adquirirían sino también las normas y valores que impregnaban la formación e, incluso, el papel y el estatus que se asignaba a los profesionales en cada momento. Al mismo tiempo muestran condiciones históricas sociales e intelectuales y reúnen ideas y situaciones que han poseído un valor para la colectividad.

Es posible acceder a la revisión y análisis de estos textos, ya que ocho de ellos se encuentran en el fondo histórico de la Biblioteca de Biociencias de la Universidad de Cantabria. De la quinta edición, publicada en 1950, no existe ninguna obra en esta Universidad, pero se

han obtenido copias de la presentación, los prólogos y el índice de materias y de temas en la Biblioteca de Ciencias de la Universidad de Navarra.

En los Manuales se describen, analizan y comparan entre sí tanto sus características externas de portada, tamaño, encuadernación y estado de conservación, como los contenidos, desde la organización a los autores, la presentación, el prólogo, el índice de materias y de temas y los apéndices.

Respecto a las materias y los temas, se analiza su adecuación a los planes de estudio vigentes y se profundiza más ampliamente en alguna de ellas, no sólo por su extensión, que denota la importancia que el propio Usandizaga les confiere, sino también porque revelan el modelo de enfermera que se pretendía conseguir en la EE.

5.4.3. *Los discursos del alumnado.*

Las conversaciones con estudiantes que recuerdan y relatan su experiencia en la EE aportan perspectivas complementarias, miradas diferentes, a sus componentes organizativos y docentes porque “una narración es tan importante o más que una verdad para la construcción de una realidad” (Manrique) y la comprensión del mundo social depende de las narraciones que interpretamos en función de nuestra comprensión de ese mundo (Kvale, 2011).

Entrar en el círculo de conversaciones sobre el mundo social de la EE es el interés que subyace en este capítulo, en el que se examinan e interpretan las experiencias de quienes se formaron en ella, al objeto de iluminar, contrastar, complementar y comprender los acontecimientos y acciones descritos en las otras dos partes de esta tesis.

Este capítulo se inicia explorando y visibilizando los intereses, motivaciones y presupuestos que han llevado a la autora de la tesis a reflexionar sobre la formación enfermera en la EE desde su particular orientación, ya que las circunstancias y experiencias vividas junto a la relación con el tema investigado influyen tanto en el planteamiento del estudio como en la perspectiva con la que se aborda y en la interpretación que se realiza (Alonso, 2008; Ibáñez, 1979; Taylor & Bogdan, 1992). Por este motivo, definir previamente la posición en relación con el tema que se estudia, contribuye a clarificar la aportación que se realiza y a garantizar el rigor epistemológico y metodológico (Calderón, 2002). Este proceso de “volver hacia uno mismo para examinar críticamente el efecto producido en el desarrollo de la investigación” (De la Cuesta-Benjumea, 2011), p. 164, que varios autores denominan *reflexividad* (Bourdieu & Jordá, 2003; De la Cuesta-Benjumea, 2011; González Gil, 2009; Gordo López & Serrano, 2008; Ortí Benlloch, 1998; Taylor & Bogdan, 1992; Varela, 1990) es un proceso circular que opera tanto en el observador (observado al mismo tiempo) como en el observado (observador a su vez). Quien investiga influye e interviene en el fenómeno investigado y, a su vez, es influido y transformado durante el proceso de investigación (Conde, 2009) porque “explicamos nuestra experiencia con la coherencia de nuestra experiencia, y al explicar nuestras experiencias cambia nuestra experiencia” (Maturana Romesín, 1993), p.11.

5.4.3.1. Las entrevistas a alumnas de la primera promoción.

Las entrevistas a tres alumnas de la primera promoción fueron realizadas en diciembre de 2004 y enero de 2005 por la importancia que sus testimonios podían tener para reconstruir la historia de la EE y, dada su avanzada edad – 102, 99 y 91 años -, era urgente realizarlas. Para ello establecí, siendo directora de la EE, contacto con ellas o sus familias, a través del Colegio de Enfermería, y, tras explicarles nuestro interés y lo que pretendíamos, se mostraron dispuestas a colaborar.

Las entrevistas se realizaron en el domicilio de las interesadas, tuvieron una duración 133, 60 y 40 minutos, en orden inverso a la edad de las entrevistadas, y fueron grabadas en vídeo, con su consentimiento, por otras profesoras, mientras yo orientaba la conversación hacia los temas sobre los que llevaba un guión abierto. Éstos tenían que ver con su vida y entorno; los estudios previos realizados; la motivación para hacerse enfermera, aspectos relativos a su entrada en la EE, organización de la misma y formación que recibían así como sobre su propia trayectoria profesional. Sin embargo surgieron en sus relatos, especialmente en el de una de ellas, otros muchos y variados temas no sólo por el interés que tenían sus largas trayectorias profesionales y vitales, sino por la dificultad que entrañaba centrar su memoria en el período puntual, y tan lejano, de su formación.

Con posterioridad, una vez iniciada la tesis y, tras revisar las entrevistas realizadas, redefiní el guión de los temas y volví a solicitarles su participación para este fin, pero sólo pude volver a entrevistar a una de ellas, la más joven, comunicativa e interesada en hablar sobre la EE. Esta segunda entrevista que recogí en una grabadora digital de audio, previo consentimiento de la interesada, fue efectuada en el mes de marzo de 2008. En ella recuerda, además de los aspectos recogidos en la anterior otros muchos relacionados con los inicios de la CSV; con la guerra; con la opinión de la sociedad de Santander sobre las alumnas y la EE; con los problemas económicos del hospital. Refleja, también, su opinión sobre la Enfermería en la actualidad y sobre el hospital.

Las cuatro entrevistas realizadas a estas alumnas fueron transcritas literalmente por la autora de la tesis.

5.4.3.2 Los grupos triangulares con estudiantes de otras promociones.

Aunque inicialmente el proyecto estaba planteado para realizar más entrevistas abiertas a alumnas de distintas promociones de la EE, a lo largo del mismo, y tras la revisión y el análisis de la información aportada por las alumnas de la primera, decidimos sustituir las entrevistas por *grupos triangulares* porque pensamos que aportarían una información más rica, puesto que la presencia de tres personas favorece la expresión de opiniones y diferencias y facilita una comunicación más abierta, dinámica, variada y fructífera en argumentaciones y discursos (Conde, 1993; Conde, 2008).

Para la configuración de los grupos establecimos, en primer lugar, las etapas temporales que podían ser representativas de su evolución, teniendo en cuenta tanto los diferentes planes de estudio que se habían impartido como las transformaciones ocurridas en la organización de la EE a lo largo de su historia, a fin de visualizarla más profundamente y contrastarla con las percepciones de las estudiantes.

De este modo, y dado que las alumnas de la primera promoción se habían formado como enfermeras, era necesario realizar, al menos, un grupo de ATS y otro de Diplomadas/os. Finalmente decidimos realizar dos de ATS que correspondieran a diferentes etapas temporales porque entendíamos que, a pesar de que esta formación debería haber supuesto un cambio importante y una reorientación de la misma en relación al plan de estudios anterior, no parecía que hubiera producido grandes transformaciones en la organización de la EE y en la vida de las alumnas en ella. Analizar este aspecto y confirmar o refutar esta idea así como desvelar los condicionantes que habían contribuido a esta permanencia y, finalmente, habían permitido su transformación fue el motivo que nos llevó a realizar dos grupos con alumnas que se hubieran formado como ATS, uno de ellos en un momento de plena instauración del plan de estudios y, el otro, en los últimos años de su impartición. Por otra parte, parecía importante realizar tam-

bién un grupo de Diplomados para contrastar con los anteriores la experiencia de formación, las características organizativas de la EE y las similitudes y diferencias sustanciales entre los profesionales formados en cada plan de estudios.

Una vez definidos los tres grupos, la muestra se seleccionó mediante muestreo intencional, tratando de escoger a aquellas personas que pudieran aportar la mayor información y de la mejor calidad posible, más que guiados por criterios de representatividad, y en base a una serie de características: que cada grupo estuviera compuesto por personas de más de una promoción y de amplia y variada experiencia profesional, para que sus experiencias fueran diversas, y que participara un alumno en el grupo de los DUE, puesto que podía aportar elementos diferenciadores, y que en este grupo hubiera participantes de los dos planes de estudio que se habían impartido en la EE.

La lista final de posibles participantes, 6 para cada grupo, se confeccionó con la ayuda de los registros de alumnado de la EE, teniendo en cuenta el propio conocimiento de la profesión en Cantabria y las aportaciones de otras personas del entorno académico y profesional. La lista definitiva de los 3 participantes de cada grupo ha estado determinada, finalmente, por la accesibilidad a las personas seleccionadas, por su disposición a participar y por la compatibilidad personal y temporal con el resto de los miembros del grupo. El contacto con las personas seleccionados se realizó por teléfono o personalmente y, una vez explicado el propósito del estudio y solicitarles su colaboración, se mostraron interesadas en participar. Disponer con antelación de esta información les ha permitido conocer la intencionalidad y los temas a tratar e ir recuperando de su memoria hechos y experiencias personales y profesionales de su etapa de alumnas, con lo que su aportación al grupo ha sido mayor.

La muestra final de los tres grupos triangulares estuvo constituida por ocho mujeres y un hombre, de edades comprendidas entre 29 y 65 años, que iniciaron sus estudios entre 1961 y 2001, y cuyas trayectorias profesionales abarcaban tanto la actividad asistencial, en atención primaria y especializada, como la gestión y la docencia. Todas las alumnas habían nacido en Cantabria, repartiéndose por igual entre la capital y la provincia, y el alumno había nacido en otra comunidad autónoma.

La entrevista del *Grupo Triangular 1 (GT1)* tuvo una duración de 116 minutos, la del *Grupo Triangular 2 (GT2)* de 101 minutos y la del *Grupo Triangular 3 (GT3)* de 81 minutos. Se realizaron en la Sala de Juntas de la Escuela los días 17 y 23 de febrero y 18 de marzo de 2010, respectivamente, y fueron registradas en una grabadora digital de voz, previo consentimiento de los participantes, y transcritas literalmente por transcripores profesionales.

El *GT1* estaba compuesto por tres enfermeras que se habían jubilado en los dos últimos años y que se habían formado como Ayudante Técnico Sanitario (ATS), una en el curso 1961-1964 y, las otras dos, en el 1966-1969. Dos de ellas habían ocupado cargos de gestión, de supervisora en una unidad hospitalaria y de directora de la Escuela de Enfermería de la Seguridad Social. Todas habían nacido en Cantabria, dos en Santander y una en un pueblo de la provincia.

El *GT2* lo compusieron tres enfermeras en activo que se habían formado como ATS en los cursos 1972-1975, 1973-1976 y 1975-1978. Todas habían ocupado cargos de supervisoras de área en el hospital y, en la actualidad, dos desarrollaban su actividad profesional en atención especializada y, la otra, en atención primaria de salud. Todas habían nacido en Cantabria, una en la capital y las otras dos en el medio rural.

El GT3 estaba formado por dos enfermeras y un enfermero (H) que realizaron la Diplomatura en Enfermería en los cursos 1998-2001, 2000-2003 y 2001-2004. Dos de ellos habían sido los mejores expedientes de sus promociones y, la otra, había cursado previamente una Diplomatura de Magisterio. También dos se habían licenciado con posterioridad a la realización de la diplomatura, en Antropología Social y Cultural y en Psicología; y los tres habían realizado un posgrado oficial en Investigación en Cuidados. En el momento de la entrevista los tres impartían docencia en la EE como profesorado asociado, además de desempeñar su actividad principal en atención especializada, atención primaria y en un CIBER de Medicina Preventiva. Dos habían nacido en Cantabria, una en la ciudad y otra en el medio rural y el varón en otra Comunidad Autónoma.

Las entrevistas se iniciaron recordando el propósito de las mismas, así como los temas sobre los debían conversar y solicitando su autorización para la grabación y la utilización de las transcripciones literales. Mi papel como entrevistadora limitó a ir introduciendo las cuestiones a tratar, a guiar la conversación hacia ellos, a solicitar la clarificación del significado o a confirmar la interpretación de lo que se estaba diciendo.

5.5. EL ANÁLISIS DEL CONTENIDO

No existe un método de análisis estandarizado de datos cualitativos, "una vía regia para llegar a los significados esenciales y las implicaciones más profundas de lo que se dice en una entrevista" (Kvale, 2011), p. 136. Es un proceso difícil, abierto, circular, dinámico y creativo en el que los investigadores van dando progresivamente sentido a los datos examinándolos desde todos los modos posibles y combinando intuición, perspicacia y familiaridad para tratar de comprender más profundamente lo que se ha estudiado, refinar las interpretaciones y encontrar un sentido a los datos aportados que deber ser alimentado, también, por la información documental y la propia experiencia en ese mismo escenario (Amezcuza & Gávez Toro, 2002; Taylor & Bogdan, 1992).

Para el análisis del contenido se ha seguido, en líneas generales el enfoque de Análisis en Progreso propuesto por Taylor y Bogdan (Taylor & Bogdan, 1992), pp. 159-174, que implica tres fases diferenciadas: el descubrimiento, la codificación y la relativización; sin que esta secuencia, suponga perder la perspectiva circular y dinámica que caracteriza este tipo de análisis. En la primera fase, que se lleva a cabo antes de las entrevistas, se identifican cuestiones y se desarrollan conceptos y proposiciones que llevan a definir temas y establecer el guión para realizarlas. La segunda fase se realiza cuando los datos ya han sido recogidos e incluye tanto su categorización y codificación como el refinamiento de la comprensión del tema de estudio. En la fase final se trata de relativizar los datos, de interpretarlos en el contexto en que son recogidos.

De este modo, el proceso seguido una vez transcritas las entrevistas es leer repetida y cuidadosamente la producción discursiva, seleccionando las ideas que va surgiendo y buscando los temas emergentes, al mismo tiempo que se van construyendo listas tentativas y tipologías basadas en el esquema elaborado para las entrevistas y desarrollando conceptos que iluminen las situaciones y experiencias que se describen, buscando frases que capten el sentido, unifiquen y relacionen lo que dicen los informantes. Finalmente se desarrolla una guía de la historia que integre los principales temas y se van reuniendo y organizando los datos en categorías y subcategorías, especificando la importancia de cada una de ellas para cada entrevistado, añadiendo, expandiendo, redefiniendo o suprimiendo las que no tengan interés para

el tema de estudio. Por último, se lleva a cabo la búsqueda de significados e interpretación, la comparación, el contraste y la diferenciación, no sólo de lo que se dijo sino del cómo se dijo, y analizando tanto las cuestiones solicitadas como las no solicitadas, las que se plantean directa o indirectamente, la insistencia en algunas o la elusión de otras, así como la influencia que he podido tener en el escenario y mis propios presupuestos de partida (Coffey & Atkinson, 2005; Taylor & Bogdan, 1992).

De este modo se definieron 7 categorías y 25 subcategorías, algunas de las cuales no estaban presentes en todas las entrevistas y grupos triangulares y otras tuvieron una desigual presencia y diferente desarrollo en unas y otros.

5.6. RIGOR METODOLÓGICO.

Se ha tratado de asegurar el rigor metodológico del estudio a lo largo de todo el proceso, mediante diferentes estrategias (Calderón, 2002) que van desde la *adecuación epistemológica* que tiene que ver con la correspondencia entre la investigación realizada y las preguntas y objetivos planteados; a la *relevancia* que se refiere a la justificación y las repercusiones del estudio en el mejor conocimiento del fenómeno estudiado, para lo que han quedado explícitas la situación de partida y las nuevas vías de estudio que surgen como consecuencia del mismo y que podrían llevarse a cabo profundizando en aspectos concretos de la organización de la EE, de la formación, de la inserción laboral de los estudiantes, o comparando alguno de ellos con lo sucedido en otras escuelas en los mismos momentos históricos y para lo que puede ser de utilidad la relación de la documentación que se detalla en la investigación.

La *validez* representaría el tercero de los criterios, en cuanto a preservar la mayor fidelidad posible respecto del comportamiento del fenómeno estudiado, en cuanto a pertinencia e interpretatividad. Así, el inevitable proceso de selección que tiene lugar tanto en la recogida de información como en el análisis, está dirigido por la búsqueda de explicaciones profundas, generalizables, desde el punto de vista lógico, y transferibles, en función de las circunstancias contextuales en que la investigación se lleva a cabo.

Finalmente, por la inclusión de la *reflexividad* haciendo conscientes y explícitas las propias preconcepciones, no ya por evitar el efecto de quien investiga por su interacción constante con lo investigado, sino por reconocerlo y posibilitar que sea tenido en cuenta también por los destinatarios de la investigación.

5.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Durante el desarrollo del estudio se ha tratado de mantener una perspectiva ética y reflexiva, sobre todo cuando se ha trabajado con personas que nos han confiado sus relatos de vida profesional y personal. Respecto a la ética del proceso, se ha garantizado el anonimato de quienes han participado en las entrevistas y en los grupos; la confidencialidad de los datos a lo largo del proyecto y la participación voluntaria, tras recibir información sobre el propósito del estudio, los beneficios e inconvenientes potenciales y las estrategias de confidencialidad usadas. Para asegurar el anonimato y la confidencialidad de las transcripciones se ha ocultado el nombre de las personas entrevistadas, salvo el de las alumnas de la primera promoción, dos de las cuales ya han fallecido y, la tercera, ha manifestado su interés por estar presente con su nombre y, así mismo, tanto las grabaciones como las transcripciones se conservan en un lugar protegido.

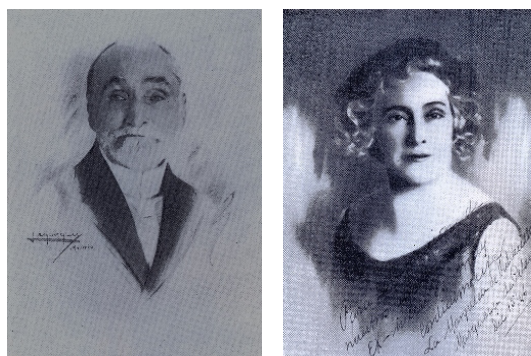
CAPÍTULO 6:

RESULTADOS DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA “CASA DE SALUD VALDECILLA”.



La Escuela de Enfermeras (EE) constituyó una de las novedades que aportó la “Casa de Salud Valdecilla” (CSV) al panorama sanitario y hospitalario del momento. Su creación formó parte del proyecto del Marqués de Valdecilla y gran parte de su trayectoria - hasta finales de la década de los ochenta - ha corrido paralela a la de la CSV. Por este motivo iniciamos el capítulo describiendo los aspectos más importantes del origen y evolución de la CSV.

Ramón Pelayo de la Torriente, Marqués de Valdecilla - título concedido en 1916 por el rey Alfonso XIII -, nace en Valdecilla, localidad cercana a Santander, el 24 de octubre de 1850 y muere en el mismo lugar el 26 de marzo de 1932, sin descendencia y sin ver su proyecto completamente desarrollado. Su sobrina María Luisa Gómez y Pelayo, Marquesa de Pelayo, colaborará con su obra y la continuará tras su muerte.



Retratos del Marqués de Valdecilla y de la Marquesa de Pelayo.

El Marqués, cuya prodigalidad ya se había manifestado en la creación de varias escuelas en pueblos de la provincia (La obra del Marqués. 1929; Berna Salido, 1929) y en la financiación de otras obras sociales y culturales, algunas de ellas en la Universidad Central de Madrid, contrajo la responsabilidad de construir el hospital y aportó los medios económicos necesarios para organizar un centro que fuera no sólo asistencial sino también docente e investigador y, tanto él como su sobrina, pusieron todo su entusiasmo para que el proyecto de la EE fuera una realidad, lo que hicieron posible tanto con aportaciones económicas como “derrochando cordialidad y afecto sobre todos los que tienen el honor de colaborar en su obra docente” (Usandizaga, 1944), p. 3.

6.1. EL PROYECTO DE LA “CASA DE SALUD VALDECILLA”

6.1.1. Los orígenes.

El hospital conocido a partir de 1928 como “Casa de Salud Valdecilla”, fue la continuación de un proyecto que comenzó a gestarse en 1918 para sustituir al Hospital de San Rafael (reconvertido actualmente en la sede del Parlamento de Cantabria), edificado en 1791, en el que la Diputación prestaba asistencia gratuita a las personas sin recursos. El “antiguo y casi destartado” (La construcción del nuevo Hospital. Importantes datos y antecedentes que ya estaban olvidados por los montañeses. 1926) edificio sanitario carecía de instalación eléctrica y de agua corriente y sus 350 camas resultaban insuficientes para los alrededor de 350.000 habitantes que tenía la provincia, como terminó de poner en evidencia la epidemia de gripe ocurrida este mismo año 1918. Esta situación se vio agravada por el aumento de la demanda de asistencia sanitaria que generaba el proceso de transformación industrial y minera que estaba experimentando la región para lo que resultaba necesario ocuparse de la atención médica de los obreros, si se quería mejorar el proceso de producción y satisfacer las aspiraciones de los sindicatos (*Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011; Salmón Muñiz et al., 1991; Salmón Muñiz, 2004).

En este contexto surge, en la alta burguesía local de la industria y el comercio, la iniciativa de construir un nuevo hospital y, para recaudar fondos para este fin, constituye la Asociación Constructora del nuevo Hospital. Esta Asociación, que obtiene reconocimiento legal en 1920, adquiere - con las 626.107,13 pesetas recaudadas - las casi ocho hectáreas de terreno en las que hoy se asienta el hospital y abre un concurso nacional para el anteproyecto del mismo. El proyecto final, cuyo presupuesto era de cinco millones de pesetas, consistía en una estructura de once pabellones para seiscientas camas. La primera piedra del hospital se coloca en el mes de agosto de este mismo año, con la presencia de los reyes, y las obras comienzan en el mes de octubre de 1921. Sin embargo, “la falta de generosidad de los miembros de la Asociación que no abonaron las cantidades prometidas y la fuerte deuda de la Diputación hicieron que no fuera posible más que el allanamiento del terreno y los cimientos” (Salmón Muñiz, 2004), p. 23, por lo que las obras se interrumpen pocos meses más tarde, ante “la indiferencia real de la sociedad santanderina por el nuevo hospital, cuyo proyecto demostró no ser capaz de movilizar recursos económicos sin duda existentes” (Salmón Muñiz et al., 1991), p. 56.

En 1926, tras cinco años de silencio, la Asociación decide autodisolverse y ceder la responsabilidad del proyecto y los pocos fondos existentes a la Diputación Provincial de Santander. Ésta hace un llamamiento explícito de colaboración económica a la sociedad y al Marqués de Valdecilla, quien ya había colaborado económicamente con la primera iniciativa, y vuelve a hacerlo en este momento depositando dos millones de pesetas que complementaría con tres millones más al año siguiente. Comienza así a comprometerse con el proyecto que, “poco a poco, iba haciendo suyo” y en el que acabó quedándose solo (Salmón Muñiz et al., 1990), p. 60.

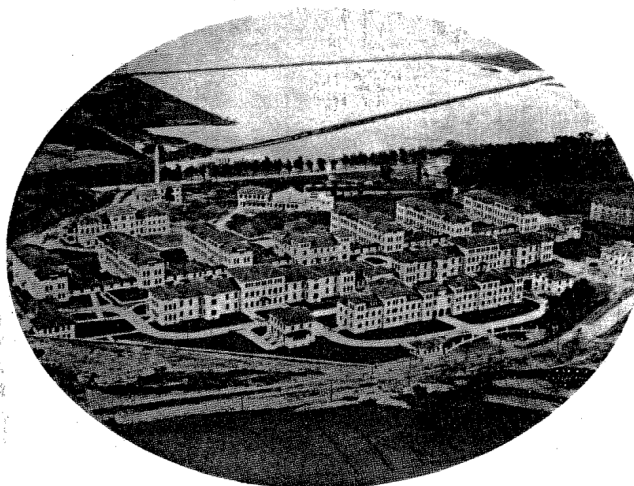
Las obras se reinician en el mes de noviembre de este mismo año y se encarga de su dirección el arquitecto de la Diputación, y persona de confianza del Marqués, Gonzalo Bringas, quien tras realizar visitas a París, Berlín, Hamburgo y otras capitales extranjeras para conocer los últimos adelantos en la construcción de hospitales, y con la asesoría del Profesor Gregorio Marañón (Una gran obra universitaria. La Casa de Salud Valdecilla, de Santander. II y último. 1929; Una gran obra universitaria. La Casa de Salud Valdecilla, de Santander. 1929) realiza un nuevo proyecto de hospital que:

cambiaba radicalmente la idea de un hospital de beneficencia y pretendía ser un lugar para el tratamiento de todas las clases sociales. El hospital así concebido implicaba que la iniciativa privada asumía las funciones sociales (asistencia a los pobres e indigentes) del hospital de beneficencia y el control de la sanidad regional al intentar integrar en esta institución los hospitales militares, antituberculosos, mentales y las labores de prevención. La CSV, pues, debía estar preparada para recibir a todas las clases sociales, y no sólo a los pobres para los que originariamente fueron creados los hospitales, única finalidad del nuevo hospital de 1919 (Salmón Muñiz, 2004), pp. 25-26.

En un año – entre los meses de abril de 1927 y abril de 1928 – “se proyectó e intentó levantar el primer hospital de España hecho con criterios actuales” (Salmón Muñiz et al., 1991), p. 46. El Marqués pretendía que la CSV no fuera simplemente la sustitución del antiguo hospital sino que supusiera una auténtica renovación de la asistencia. Debía ser de la más alta calidad científica y técnica y tener un fin social, atendiendo no sólo a los pobres de la provincia, sino también a enfermos privados y a los procedentes de mutuas y conciertos (*Historia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. 2010; *Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011; Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933; Salmón Muñiz & García Ballester, 1986; Salmón Muñiz et al., 1991). “La Casa de Salud Valdecilla abordará en su integridad las funciones de un hospital moderno: de asistencia y tratamiento social, docente y de investigación” (La prensa bilbaína y la “Casa de Salud Valdecilla”. 1929).

Para situar en su verdadera dimensión la novedad que supuso, en España y en la época, el proyecto de la CSV, es necesario señalar que el primer intento de ordenación y coordinación asistencial no se produce hasta 1962, con la ley de Hospitales, que reconoce oficialmente a los hospitales, también por vez primera, como centros de formación del personal técnico (médicos y enfermeras) (Salmón Muñiz et al., 1991).

El Marqués confirió la titularidad de lo que se estaba gestando a la Fundación de beneficencia particular mixta “Casa de Salud Valdecilla”, independiente en lo jurídico de las corporaciones oficiales. La Fundación es reconocida, provisionalmente, por el Ministerio de la Gobernación mediante las Reales órdenes de 10 Abril y 4 de julio de 1.928 (REAL ORDEN de 10 de abril de 1928 de constitución de la Fundación Casa de Salud Valdecilla) y, definitivamente, por la Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, de 3 de julio de 1934.



Vista general aérea de la Casa de Salud Valdecilla
(Publicada en el Primer Número de Anales. 1930)

La Fundación será regida por un Patronato compuesto por doce vocales: tres natos (el presidente de la Diputación provincial, el alcalde de Santander y el obispo de la Diócesis), dos nombrados por la Diputación Provincial y siete designados por el Marqués, uno de los cuales ostentará la presidencia (Salmón Muñiz, 2004). El Patronato se constituye el 16 de abril de 1928 y decide por unanimidad nombrar al Marqués presidente del mismo. En esa misma reunión, Ramón Pelayo nombra al neuropsiquiatra Wenceslao López Albo (1889-1944) como Director técnico-administrativo de la CSV (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933; Salmón Muñiz, 2004). Este mismo año la Diputación clausura el Hospital de San Rafael y encomienda a la CSV la atención de los enfermos que le corresponden.



Agosto de 1929, entrega de la Casa. Sin duda este día coincidió con la tradicional Fiesta de la Flor, y vemos al Sr. Marqués de Valdecilla con muestras evidentes de haber sido «asaltado» por gentiles postulantes.

Al año siguiente se publicarán – en los Boletines Oficiales de 18 de mayo y de 10 de noviembre de 1929, respectivamente – el Reglamento del Patronato y los Estatutos de la Fundación de la CSV (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933).

El Patronato aprueba también en este momento la propuesta efectuada por López Albo “de que la CSV lleve como subtítulo el de Instituto Superior de especialidades médico-quirúrgicas para post-graduados”, por su orientación hacia las funciones docentes y de investigación (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), p. 24. Durante este año 1929 se van nombrando los Jefes de los distintos Servicios, todos doctores (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1934-1951) de gran valía y experiencia profesional e investigadora, que son seleccionados mediante concurso abierto por un consejo asesor presidido por Cajal y Marañón (Salmón Muñiz et al., 1991). Se designan, así mismo, las tres enfermeras diplomadas que ocuparán los cargos de Jefa de Enfermeras, Inspectora de Enfermeras y Jefa de Acción Social y Consultorios; cargos que ocuparán, respectivamente, Teresa Junquera Ibrán - que es también doctora en Medicina -, Adela Linfeld Lathon y Matilde Basterra; y, también, otras diez “señoritas enfermeras” que se ocuparán de los servicios del hospital (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933).

La fórmula propuesta rompía de modo claro con las formas habituales de funcionamiento de los hospitales generales. Quizá las más problemáticas fueran el sistema de selección de los médicos, donde expresamente se rechazaba el sistema de oposición, y el hecho de que enfermeras laicas se ocupasen de las labores de asistencia y éstas no estuvieran a cargo de una comunidad religiosa como era habitual en los hospitales de beneficencia (Salmón Muñiz, 2004), p. 29.

De este modo el organigrama administrativo diseñado por López Albo para la CSV está compuesto por: un subdirector, cargo que ocupa Emilio Díaz-Caneja, profesor-jefe del servicio de Oftalmología; el director de la Escuela de Enfermeras y el jefe de los Servicios Sociales, ambos puestos ocupados por Manuel Usandizaga; la subdirectora de la Escuela de Enfermeras, María Teresa Junquera, y la jefa de Acción Social y Consultorios, Matilde Basterra (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933; Rubín García & Maestre Sánchez, 1999; Salmón Muñiz, 2004).

Se establece así el diseño funcional de la CSV en los cuatro ejes que definían a los hospitales más modernos de la época: *la asistencia*, estructurada en especialidades médicas y médico-quirúrgicas, con unos Servicios Centrales bien desarrollados; *la docencia*, concretada en un principio en el Instituto Médico de Postgraduados – primer germen de la especialización médica – y en la EE – raíz de la que se alimenta la introducción en nuestro país del modelo contemporáneo de enfermería -, con la perspectiva de su evolución hacia centro universitario (Inauguración de la Escuela Práctica de Medicina. El doctor López Albo habla en un importante discurso, de la creación de la Facultad de Medicina. 1936); *la investigación* clínica y básica, para la que se contaba con los laboratorios de investigación experimental, la Biblioteca “Marquesa de Pelayo” suscrita a las principales revistas españolas y extranjeras y la dotación de becas para estancias en hospitales españoles y extranjeros; y, finalmente, *la acción social preventiva*, mediante campañas de educación sanitaria, puericultura, toxicomanías y prevención de enfermedades laborales, entre otras, a desarrollar en la región (En la Casa de la Montaña de Bilbao. El Doctor López Albo diserta acerca de la Casa de Salud Valdecilla. 1929; *Historia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. 2010; *Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011).

La CSV fue una institución singular en su tiempo; y tuvo conciencia de ello. Su novedad en España fue percibida como tal por todo el colectivo médico español, tanto los sectores más abiertos y progresistas como los más reaccionarios y carpetovetónicos”. Se configuró como un hospital nuevo, con una concepción nueva, distinta de lo existente hasta entonces. Pero no fue solamente nueva la fórmula de financiación, también lo fueron el modelo de gestión propuesto y el propio diseño de la función hospitalaria. En efecto, por primera vez en España un hospital regido por un patronato – en cierto modo, pues, un hospital privado – se constituyó como un hospital general que asumió las responsabilidades de la asistencia médica de una provincia, tarea vinculada a las diputaciones provinciales; además el nuevo hospital se diseñó para llevar a cabo en su seno la cuádruple función característica del hospital contemporáneo: asistencia, docencia e investigación médicas, y acción social preventiva de la comunidad a la que sirve (Salmón Muñiz et al., 1991), pp. 41-42.



Avenida central de la CSV con la capilla al fondo.

“La Institución se inauguró en agosto de 1929; pero, en realidad no fue más que una inauguración simbólica, ya que los Consultorios no funcionaron hasta noviembre y los primeros pacientes hospitalizados ingresaron en los comienzos del siguiente año” (Usandizaga, 1944), p. 3. El día 24 de octubre, fecha en que se realizan conferencias y actividades científicas para celebrar la inauguración de los Consultorios, la CSV constaba de 21 pabellones (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), aunque figuran 22 en Actas posteriores del Patronato (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1934-1951) y 26 en otros documentos (Rubín García & Maestre Sánchez, 1999). Los pabellones estaban conectados por galerías subterráneas y la distribución espacial de los distintos servicios permitía la colaboración entre áreas complementarias (Salmón Muñiz, 2004). El complejo hospitalario constaba no sólo de edificios para ingreso de enfermos, consultas, servicios centrales sanitarios, administrativos y de limpieza y cocina sino también para residencia de médicos internos, alumnas y enfermeras, comedores para el personal y capilla.

Antes de finalizar este año 1929, comienzan a incorporarse al Hospital las profesionales de enfermería. En el acta del día 1 de diciembre se relacionan diez, de las que tres son practicantes, cinco practicantes y enfermeras del Instituto Rubio, una enfermera de la Cruz Roja y una enfermera no titulada con varios años de práctica en sanatorios privados; se estipula para ellas un salario de 1.000 pesetas al año y el hospedaje (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933; Salmón Muñiz et al., 1991). Sin embargo, en un Acta posterior – de 27 de marzo de 1930 –, figuran los nombres de 16 enfermeras y de 1 enfermero, con sus respectivas fechas de contratación: 11 son contratadas entre el 21 de octubre y el 21 de diciembre de 1929 y 6 más hasta el 20 de marzo del año siguiente (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), pp. 54-55; desapareciendo de la relación los nombres de 3 que habían sido propuestas en diciembre, lo que hace pensar que, o bien no llegaron a incorporarse, dimitieron o fueron expulsadas muy pronto. Dimisiones o expulsiones que debieron ser frecuentes en estos primeros años, ya que en los Anales correspondientes a 1930 figuran solamente 9 enfermeras (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1930) y 8 al año siguiente (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1931), p. 26.

A finales de 1932 continua habiendo solamente 16 enfermeras en la CSV (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1932), de las que 13 son alumnas de la primera promoción que acaban de obtener su título en los meses de agosto y octubre, lo que significa que ya no están la mayoría de las contratadas anteriormente. Al año siguiente serán 25 y una ayudante técnica de laboratorio, más las 20 Hijas de la Caridad, incluida la Superiora, aunque muchas de ellas no son enfermeras (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1933), p. 29. En 1934 hay 28 enferme-

ras, de las que 8 son alumnas de laboratorio (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1934), p. XXXI. No parece que esta cifra aumentara ostensiblemente en los años siguientes, ya que más de treinta años más tarde, en 1967, sólo constan prestando servicios en la CSV: 23 Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), 11 especialistas de Rayos, Quirófano y Laboratorio y 1 enfermera en Bacteriología (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1960-1968).

6.1.2. Los años difíciles (1930 - 1968).

La CSV hubo de afrontar desde el principio múltiples contingencias adversas, como varios cambios organizativos, la muerte precoz del Marqués, la Guerra Civil y la postguerra así como la hostilidad de un sector de la clase médica santanderina que creía vulnerados sus derechos y que rechazaba que los cuidados a los pacientes fueran prestados por enfermeras profesionales en lugar de por monjas, pero, sobre todo, una gran precariedad económica sólo paliada por las buenas instalaciones y equipos fundacionales, que permitieron que el deterioro fuera lento.

No fue extraño, pues, que la clase médica más reaccionaria y provinciana, la instalada en el más cutre “profesionalismo” - por decirlo con el término usado por los contemporáneos Gregorio Marañón y López Albo - y aferrada a los más estrechos privilegios del corporativismo local, los defensores del inmovilismo y la cerrazón, los enemigos de la información, los idiomas, la apertura y la competencia, vieran con desconfianza, primero, y con franca oposición inmediatamente después, la edificación y materialización concreta de una concepción de la medicina y de sus relaciones con la sociedad, no sólo opuesta a la suya, sino destinada, sin proponérselo, a desmontarles el tinglado de su incompetencia. Conflicto que vivido a nivel local con cierto dramatismo no dejaba de reproducir el que tenía lugar en todo el mundo entre una nueva forma de entender la medicina, con su secuela de aparición de nuevos profesionales (los médicos especialistas, la enfermera hospitalaria, la medicina científica de laboratorios, la medicina de equipo), y formas de medicina más tradicionales (Salmón Muñiz et al., 1991), pp. 15-16.

Los cambios organizativos se producen de inmediato. Entre diciembre de 1929 y mayo de 1930 dimiten, por razones que se desconocen, las tres enfermeras nombradas para organizar los servicios de enfermería del hospital y de la EE: en la reunión del Patronato del primero de diciembre lo hará Adela Lindfeld; antes de abril del año siguiente Matilde Basterra y, finalmente, María Teresa Junquera. Para sustituir a las dos primeras López Albo propone al Patronato, el 27 de marzo, el nombramiento de una enfermera que ya trabajaba en la CSV, María Luisa Luzarreta. A María Teresa Junquera la sustituye, por decisión de la Marquesa de Pelayo, la enfermera de la Cruz Roja Mercedes Milá (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), pp. 76-77.

Este mismo mes de mayo de 1930, el Patronato de la CSV, que hasta entonces había respetado cuidadosamente la organización y dirección de López Albo, inicia una intervención creciente, de modo que en pocos meses se produce una completa reorganización del modelo de gestión de la CSV, haciéndose cargo las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul de la administración y de todos los servicios no médicos, incluida la EE (Salmón Muñiz et al., 1991), p. 257.

En las Actas de esta sesión del Patronato de 4 de mayo hay indicios claros de la grave crisis organizativa que atraviesa la CSV, aunque no se expresan las causas. En ella se acepta la dimisión de la subdirectora de la EE María Teresa Junquera y la Sra. Presidenta propone que (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933):

en atención a la ausencia de algunos Patronos, dada la importancia de otros asuntos que habían de tratarse, se suspenda toda resolución hasta la reunión venidera y se limite esta a un cambio de impresiones como así se hace sobre la situación económica de la fundación (p. 77).

En el Acta de la siguiente sesión del Patronato, de 20 de mayo, en la que no está presente la Marquesa, puede leerse lo siguiente (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1928-1933):

El Sr. Vicepresidente expone que deduciéndose de las impresiones cambiadas entre los patronos con ocasión de la junta del día cuatro del corriente sobre la administración de la Casa de Salud y organización de sus servicios subalternos, la opinión de todos los patronos de ser conveniente encomendarles a las Hijas de la Caridad por iniciativa de la Marquesa de [Pelayo] y aprovechando la estancia en Madrid de esta Señora, de Don Pablo de Garnica y del exponente habían tenido los tres varias entrevistas con el Director y la Visitadora de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, Don Carmelo Ballester y Sor María Heredia a fin de planear el modo como podían dichas Hijas de la Caridad encargarse de la administración y servicios indicados de enfermeras, alumnas enfermeras y domésticas, llegándose a redactar un borrador de contrato del que se dio lectura, y que siguiendo instrucciones de la Marquesa de Pelayo, había dado cuenta al Fundador Excmo Sr Marqués de Valdecilla de lo proyectado que lo aceptó y aprobó y después se lo había comunicado al Director, y ahora lo ponía en conocimiento del Patronato para que este, contando ya con el consentimiento del Fundador, acordase lo que le pareciera más conveniente En virtud de lo tratado se acuerda la reorganización de la Casa de Salud y que queden definitivamente separadas la Dirección facultativa y la Administración y servicios no técnicos, que irán anejos a dicha Administración, la cual asume el Patronato quien podrá delegarla en quien estime conveniente (pp. 78-79).

Veinte días después, el 10 de junio de 1930, se produce la llegada de ocho religiosas al frente de la superiora Sor Carmen Bastos, que aumentarán a catorce a finales del año, de las que solamente siete son enfermeras graduadas (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1930; Del acto de anteayer en la "Casa de Salud Valdecilla". 1930; En la "Casa de Salud Valdecilla". Desde ayer prestan servicio las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl. 1930). Al año siguiente habrá ya dieciocho religiosas (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1931). Sor Carmen Bastos permanecerá en la CSV hasta junio de 1948 y a ella le sucederán: Sor Ana María Aramendi, hasta 1955 (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012a; Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1934-1951); Sor Rosalía Suarez, hasta 1963; Sor Blanca Viñé, hasta 1968 (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1960-1968); Sor María Prat hasta 1973 (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1969-1974) y, Sor Concepción Fierro hasta el momento en que se produce la salida de las Hermanas de la Caridad de la CSV

El mismo día de su llegada a la CSV, la Superiora toma posesión de su cargo y firma el convenio de plazo indefinido que otorga a la comunidad amplias atribuciones (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1928-1933), pp. 85-87:

La Superiora tendrá a su cargo la administración de la Casa de Salud Valdecilla, la Escuela de Enfermeras, según el Reglamento que se adopte y juntamente con las demás hermanas el cuidado de los enfermos (art. 4).

En todo lo temporal las Hijas de la Caridad dependerán únicamente del Patronato (art. 5).

Las enfermeras, alumnas enfermeras, y todo el personal subalterno y de servicio doméstico, tanto femenino como masculino será escogido, nombrado y despedido por la Superiora Sin otra obligación por parte de la Superiora que la de dar cuenta al Patronato o a la Comisión en quien este delegue (art. 12).

Esta situación que convertía a la Superiora de la comunidad en la máxima autoridad del hospital, con la única salvedad de los servicios médicos; junto a otras medidas que, aunque dirigidas a disminuir el gasto, ponían de manifiesto la injerencia del Patronato en competencias reconocidas estatutariamente como exclusivas del Director, supusieron la reorganización completa del primitivo modelo de gestión y echaron por tierra muchos elementos del proyecto diseñado por López Albo, como la contratación de enfermeras tituladas, el plan médico-social, la supresión de los viajes de estudio al extranjero o la dotación necesaria para que pudiera desarrollarse la investigación prevista (Salmón Muñoz et al., 1991).

López Albo había visitado hospitales europeos y americanos modernos y había constatado las ventajas de la enfermera seglar, generalmente joven y muy dedicada a su profesión, sobre la tradicional monja de hospital. Estaba también ilusionado con la creación de una Escuela de Enfermeras dirigida o supervisada por él mismo o por personas de su confianza. Sin embargo, la Marquesa de Pelayo – influida por otras aristócratas - deseaba que la comunidad religiosa de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl tuviera gran protagonismo en la formación de las enfermeras e incluso en la organización y en la marcha del Hospital (Izquierdo Rojo, 1999), p. 53.

En la sesión del Patronato de 10 de septiembre de 1930 se lee el escrito de López Albo, presentando la dimisión irrevocable de su cargo de Director y de la Jefatura de la Sección de Urología “rogando insistentemente que se le admita”. “Con sentimiento por parte del Patronato y conocida la voluntad del Fundador de que se admita desde luego dicha dimisión, así se acuerda por unanimidad y que se le notifique seguidamente” (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), p. 101. Las razones de su dimisión, que explica en la carta de renuncia que dirige al Marqués de Valdecilla, y que reproduce Izquierdo (1999) estuvieron relacionadas con “la gran limitación de sus atribuciones como Director, cercenadas por el patronato rector, que le llegó vía clerical”:

Al apreciar restringidas mis atribuciones y velando por la dignidad del cargo, y por tanto de la Institución misma, me veo precisado, Señor Marqués, lamentándolo hondamente, a rogar al Patronato de su digna presidencia que se sirva aceptar mi dimisión del cargo de Director y del jefe de los Servicios de Neurología y Psiquiatría....

Yo estoy seguro que a ese Patronato de su presidencia, si reflexiona serenamente no le pasará inadvertida la poca airosa situación en que se me ha colocado, no sólo por el cambio inopinado de organización, sino también por la forma en que él ha ocurrido, al alterarse las normas en virtud de las cuales acepté la Dirección; y comprenderá el que yo, dolido, adopte la única resolución digna (pp. 53-55).

Dr. D. Wenceslao López
AlboDr. D. Emilio Díaz-Caneja
CandanedoDr. D. Emilio Molinero
MercadoDr. D. Diego García
AlonsoDr. D. Abilio García
BarónDr. D. Joaquín Díaz de
RábagoDr. D. Luis de la Sierra
Cano

Fotografías de los retratos al óleo de todos los Directores de la Casa, que figuran en el Salón de Juntas de la Dirección del Centro Médico. Falta la del último Director de la Casa y actual Director General del Centro Médico, Dr. D. Segundo López Vélez.

A López Albo le sucederá Díaz Caneja que ocupará el puesto de Director de la CSV hasta noviembre de 1949, con una breve interrupción al inicio de la Guerra Civil, durante el poco más de un año que Santander permanece bajo las fuerzas republicanas, que volverá a ser ocupado por López Albo (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1934-1951). Éste creará durante este período la Escuela Práctica de Medicina, como ampliación de las actividades científicas y docentes de la CSV (En la Casa de Salud Valdecilla. La Escuela Práctica de Medicina. 1936; Inauguración de la Escuela Práctica de Medicina. El doctor López Albo habla en un importante discurso, de la creación de la Facultad de Medicina. 1936).

La revisión de los Estatutos de la CSV, aprobada el 28 de noviembre de 1930, legitima *a posteriori* la reorganización administrativa que se había efectuado varios meses antes (Estatutos de la Casa de Salud Valdecilla. 1930; Salmón Muñoz & García Ballester, 1986). Sin embargo:

Lo que se continuó durante los años treinta no fue el resultado de un plan racional, sino el fruto de ir dando respuestas a problemas que la realidad fue imponiendo. Se recortaron bellos y ambiciosos planes, y se recurrió a soluciones, que por tradicionales, eran perfectamente conocidas y estaban perfectamente rodadas en España (p. 278).



Su Majestad la Reina de España, doña Victoria Eugenia, acompañada del Director de la Casa, Dr. Díaz-Caneja; del Dr. González Aguilar, Jefe del Servicio de Huesos, y de la Superiora de la Institución, Sor Carmen Bastos, de imborrable recuerdo en la Casa y para cuantos la conocimos.

Las dificultades económicas que fueron una constante durante las cuatro primeras décadas de existencia de la CSV suelen atribuirse a varios motivos, como la cicatería institucional; la inexistencia, de una fuente decisiva de financiación, como pudo serlo la seguridad social médica para los obreros - el Seguro Obligatorio de Enfermedad - que no se crearía hasta 1942, o la falta de libertad de la institución para emprender una política decidida de mutualidad asistencial, promoviendo la correspondiente campaña de suscripción en toda la región, que hubiera desmoronado el mercado libre de la medicina y conducido a una grave situación de enfrentamiento con la clase médica no integrada en ella. Pero, sobre todo, se debieron a la carencia de un modelo económico que permitiera su mantenimiento; a la poca implicación económica de quienes ostentaban el poder financiero de la provincia; a la ausencia de sensibilidad de la ciudad hacia el proyecto; a la ineficaz organización política y administrativa de la Diputación que incumplía sistemáticamente los acuerdos económicos y las obligaciones contraídas, así como a la diferencia existente entre el coste real de los servicios prestados y la retribución de los mismos acordada en los contratos que se establecieron con militares y mutualidades (*Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011; Salmón Muñiz et al., 1991).

Afirma Salmón (1991) que la CSV tuvo “un pie de barro” que debió contribuir a su temprana crisis y fue decisivo en la de la década siguiente:

Nos referimos a la relativa indefinición de su modelo económico de mantenimiento. La CSV no supo desarrollar un modelo económico propio de entre las diversas opciones que el mundo hospitalario occidental le ofrecía en sus momentos fundacionales, que garantizase la continuidad de su ambicioso planteamiento médicosocial. Se diluyó en su propia indefinición, que la sociedad cántabra y quienes regían la CSV no supieron - o no quisieron o no pudieron - encauzar, ni redefinir, ni dotar de sólido sostén (p. 16).

Tras la muerte del marqués, en el mes de marzo de 1932, le sucede al frente del Patronato su sobrina y heredera la Marquesa de Pelayo; también su marido, Eugenio Rodríguez Pascual, entrará a formar parte del mismo, hasta su dimisión en 1970. La Marquesa continuará colaborando económicamente en el mantenimiento de la Biblioteca, en los sueldos del personal facultativo, en la compra de enseres y material sanitario y en los descubiertos económicos de la Fundación; pero sus aportaciones se irán reduciendo progresivamente hasta su muerte ocurrida el 3 de abril de 1951 (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1928-1933).



Misa de campaña tras la derrota del ejército republicano

Durante la Guerra Civil no se interrumpe la actividad asistencial en la CSV, a pesar de que muchos de sus médicos y Jefes de Servicio son movilizados. En estos años continuará desempeñando las funciones de hospital militar iniciadas en sus primeros años (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1931) y que se mantendrán tras la Guerra. También se reúne el Patronato, salvo durante el año en que la provincia está gobernada por la República (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1934-1951). El 26 de agosto de 1937, al entrar en Santander el ejército golpista (P. Preston, 2011) el Patronato expulsará a dos Jefes de Servicio y nombrará una Comisión para que incoe expedientes al personal; durante el año siguiente son depuradas, al menos, ocho enfermeras y varias alumnas y las expulsiones de personal continuarán también durante 1939 (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1934-1951), p. 68-69.

La década de los años cuarenta está llena de dificultades económicas para la CSV, el déficit presupuestario no hace más que aumentar y es difícil conseguir víveres, a pesar de alguna donación de los marqueses y de la firma, en 1945, de acuerdos de colaboración con el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) y con la Mutua Montañesa. Se suceden durante estos años varios directores y, ante el caos económico que no permite la sostenibilidad, se propone, en 1949, la reorganización de la Fundación.

La situación al inicio de la década siguiente resulta angustiosa: los servicios están desatendidos, faltan aparatos y material, la alimentación de los enfermos es deficiente, no hay calefacción y ya no se puede recurrir a la Marquesa. Por este motivo, el Patronato busca, en 1951, la protección del Jefe del Estado y, ante la falta de respuesta, incoa un expediente de declaración de insuficiencia de medios. A finales del año, en aplicación de los estatutos fundacionales, acuerda entregar el Hospital y los bienes a la Diputación Provincial (Patronato de la

Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1934-1951), lo que no se hace efectivo hasta dos años después. Durante el año siguiente no se reúne el Patronato y, en las tres sesiones que celebra a lo largo de 1953, sólo da cuenta de la indefensión jurídica y paralización de la situación económica de la Institución hasta que, finalmente, el 16 de diciembre se regula legalmente la organización y funcionamiento de la Fundación, conservando su nombre y funciones (DECRETO de 10 de diciembre de 1953 por el que se regula la organización y funcionamiento de la Fundación benéfica Casa de Salud Valdecilla, de Santander).

Los Estatutos que regirán la nueva etapa se publican en enero de 1956 (DECRETO de 13 de enero de 1956 sobre Estatutos de la Casa de Salud Valdecilla). A partir de este momento se constituye una Junta Rectora, mayoritariamente oficial, con representantes de varios Ministerios, Ayuntamiento y Diputación Provincial (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1953-1960).

La reorganización de la Fundación, las donaciones que realiza el marido de la Marquesa, el aumento de las camas que utiliza el SOE - que inicia su expansión debido al incremento de la afiliación y de la cobertura sanitaria -, y la organización de corridas de beneficencia que se mantendrán durante toda la década siguiente, apenas producen cambios en la situación económica de la CSV; el equilibrio presupuestario no se produce hasta la firma de un nuevo convenio con el SOE para la utilización completa del Pabellón ocho, que, tras ser reformado, comienza a funcionar en 1962 (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1953-1960; Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1960-1968).

Pese a todas estas vicisitudes, aunque con altibajos, continúa la formación de enfermeras y de post-graduados varones, ya que, a pesar de que una médica había solicitado ser admitida como interna en 1957, la incorporación de mujeres no se produce hasta 1963. Junto a ello, la realización de sesiones clínicas, los ciclos de conferencias científicas y las tesis doctorales, la participación en los Cursos de la Universidad de Verano y las publicaciones - en especial los Anales de la Casa de Salud Valdecilla -, mantuvieron lo básico del proyecto inicial y del espíritu fundacional, gracias a la identificación con él de todos los estamentos y de un cierto “espíritu” que para algunos es la única explicación de la permanencia de su prestigio en medio de la penuria (ORDEN de 9 de julio de 1946 por la que se organiza el “Instituto Médico Valdecilla” como Escuela de Especialización Médica dependiente de la Universidad de Valladolid; *Historia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. 2010; *Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011; Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1953-1960; Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1960-1968).

A partir de 1966, ante el déficit, en número y calidad, de disponibilidad de camas de la Seguridad Social (SS) para las necesidades de la Provincia, la Diputación comienza a plantearse, junto a la planificación hospitalaria provincial, la reestructuración radical de la CSV y de sus bases organizativas.

6.1.3. La Fundación Pública de Servicios Hospitalarios y Asistenciales Marqués de Valdecilla (1969 - 2010).

En 1969 finaliza el contrato de la CSV con la SS, al inaugurar el INP la Residencia Sanitaria “Cantabria”, que tiene una capacidad superior a las 600 camas (*Historia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. 2010; Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1960-1968). Este mismo año se da por extinguida la Fundación de Beneficencia Particular CSV y se traspasa todo su patrimonio a la Diputación Provincial, quien constituye la Fundación Pública

de Servicios Hospitalarios y Asistenciales "Marqués de Valdecilla" (DECRETO de 24 de abril de 1969 de constitución de la Fundación Pública de Servicios Sociales y Asistenciales Marqués de Valdecilla). La nueva Fundación será regida por un Consejo de Gobierno, nombrado en el mes de agosto, y una Gerencia que ocupará el Dr. López Vélez que es, al tiempo, Director Médico de la CSV; reconstituyéndose así, en cierto modo, el modelo de dirección técnico-administrativa de la época del Dr. López Albo. En la nueva organización se integran también otros recursos sociosanitarios dependientes de la Diputación, como la Maternidad Provincial, el Jardín de Infancia, el Hospital Psiquiátrico de Parayas, un Centro de Educación Especial y otro de Geriátría (*Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011; Rubín García & Maestre Sánchez, 1999).

La Fundación se ocupará en los años siguientes de desarrollar tres iniciativas fundamentales: establecer un acuerdo con el INP para unificar la atención sanitaria de los dos hospitales; renovar funcional, técnica y arquitectónicamente la CSV, incluida la Escuela de Enfermeras, y conseguir una Facultad de Medicina (*Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011; Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1969-1974).



22-VI-1972. Firma del Acta de Constitución del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla de la Seguridad Social y Diputación Provincial de Santander, por el Subdelegado del Instituto Nacional de Previsión, Dr. Martínez Estrada; el Presidente de la Diputación Provincial de Santander, Sr. González Echegaray, en presencia del Director del Centro Médico, Dr. López Vélez; del Alcalde de Santander, D. Alfonso Fuente, y otras personalidades, entre ellas el Dr. D. Ciriaco Pérez Bustamante, durante muchos años Rector de la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo.

El acuerdo con el INP, por el que se unifica y coordina la atención especializada prestada por la CSV y la Residencia Sanitaria Cantabria, en el que pasará a denominarse Centro Médico Nacional "Marqués de Valdecilla", se produce en el mes de junio de 1972. El acuerdo irá acompañado de una ingente cantidad de fondos que permitirá a la CSV salir de la penuria económica y crear en Cantabria un centro hospitalario de referencia nacional (*Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011).

Al año siguiente se producirá la integración en la S.S., previa solicitud de excedencia en la CSV, de la mayoría del personal de la CSV, incluidos los médicos y las enfermeras. Se afirma, así mismo, que se estudiará la absorción de la comunidad religiosa - que, finalmente, no se producirá -, aunque la Superiora, Sor Concepción Fierro, no reúne los requisitos para ser nombrada Jefa de Enfermeras (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1969-1974), p. 196.

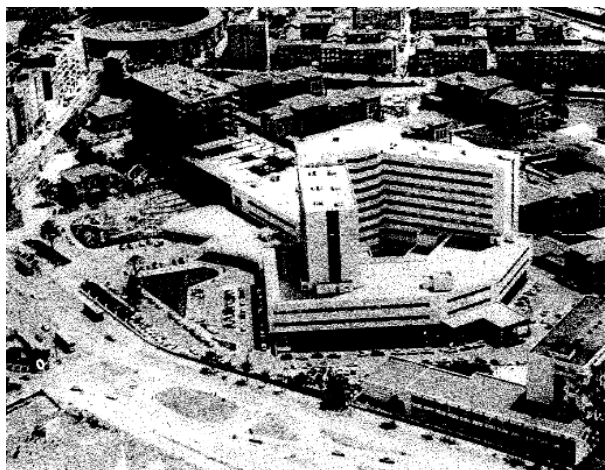
El nuevo Centro Médico es dirigido por un Comité de Gestión y de Gobierno - paritario entre la Diputación y la Seguridad Social - y por un Director General, cargo que, junto al de Gerente de la Fundación, continuará ocupando López Vélez, hasta su cese en ambos en 1.983, momento en el que se independizan los dos cargos al producirse la separación real de la Fundación Marqués de Valdecilla y del Centro Médico (*Historia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. 2010; *Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011). La EE será parte del Centro Médico, sin que desaparezca su dependencia de la Fundación “Marqués de Valdecilla”, en cuanto a propiedad patrimonial y representatividad oficial (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988), p. 5.



Antigua Portada de la Casa de Salud Valdecilla, cubierta por la nieve.

Para la renovación de la CSV se derriban los pabellones que ocupaban la parte anterior del recinto hospitalario: varios de hospitalización, el número tres que es el central, de Consultas, Salón de Actos y Servicios Centrales, y otros edificios, como la casa del administrador. Aunque en las Actas del Consejo de Gobierno de la Fundación se recoge que se conservará la portada del pabellón central, para su reconstrucción adecuada en el nuevo hospital (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1969-1974), dicho acuerdo no se ha llevado a efecto.

En el solar que ocupaban los edificios demolidos comienza a construirse el nuevo bloque médico-quirúrgico, u Hospital General, que será inaugurado por los Príncipes de Asturias en el mes de mayo de 1973. En la zona contigua, y unido al anterior por las tres primeras plantas, se construye el Centro de Traumatología que se inaugurará en 1976. Este mismo año se inician, también, las obras de transformación de la Residencia Sanitaria Cantabria en Maternidad y Hospital Infantil que durarán seis años (*Historia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. 2010; *Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011). El nuevo Centro Médico llegó a contar con 2.065 camas (*Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011; Rubín García & Maestre Sánchez, 1999).



Vista del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla de la Seguridad Social y Diputación Provincial de Santander. A la derecha, la Escuela de Enfermeras; en el centro, el núcleo central de la nueva institución; a la izquierda, el edificio en construcción dedicado a Traumatología, y más al fondo, los Pabellones que aún quedan en la Casa.



Construcción del nuevo Hospital Marqués de Valdecilla

Las obras del nuevo edificio que albergará la residencia y espacios docentes están finalizadas en 1971 y la EE es inaugurada por los Príncipes de España en el mes de agosto, a propuesta del Presidente del Consejo de Gobierno de la Fundación en la sesión celebrada el 24 de mayo (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1969-1974), p. 81:

su deseo es inaugurarlas en el verano con la asistencia de S.S.A.A. Reales, los Príncipes de España, y de que la Princesa Dña. Sofía acepte ser la Madrina en razón de que S.M. la Reina Victoria Eugenia (q.e.p.d.) ya lo fue de la Escuela de Enfermeras, cuando se inauguró en el año 1930.



Inauguración del nuevo Hospital Marqués de Valdecilla y de la Escuela

También comienzan en estos años los estudios de Medicina en Santander. La Facultad se crea en 1972 (DECRETO 2566/1972, de 18 de agosto, por el que se crean las Universidades de Córdoba, Málaga y Santander) aunque el primer curso no se iniciará hasta el mes de enero del año siguiente. Su primer Decano-Comisario será López Vélez, quien sumará este cargo a los de Director Médico del Centro Médico y Gerente de la Fundación (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1969-1974).

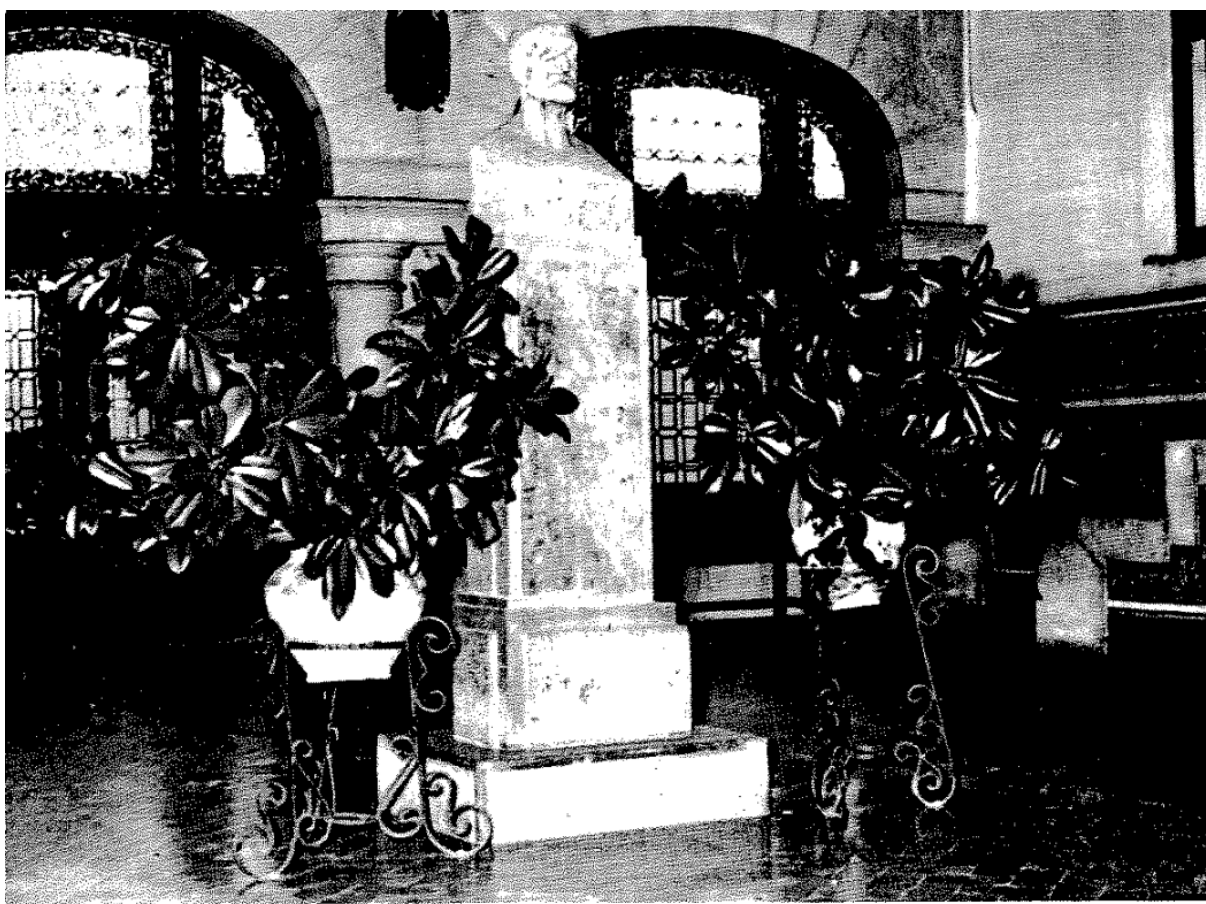
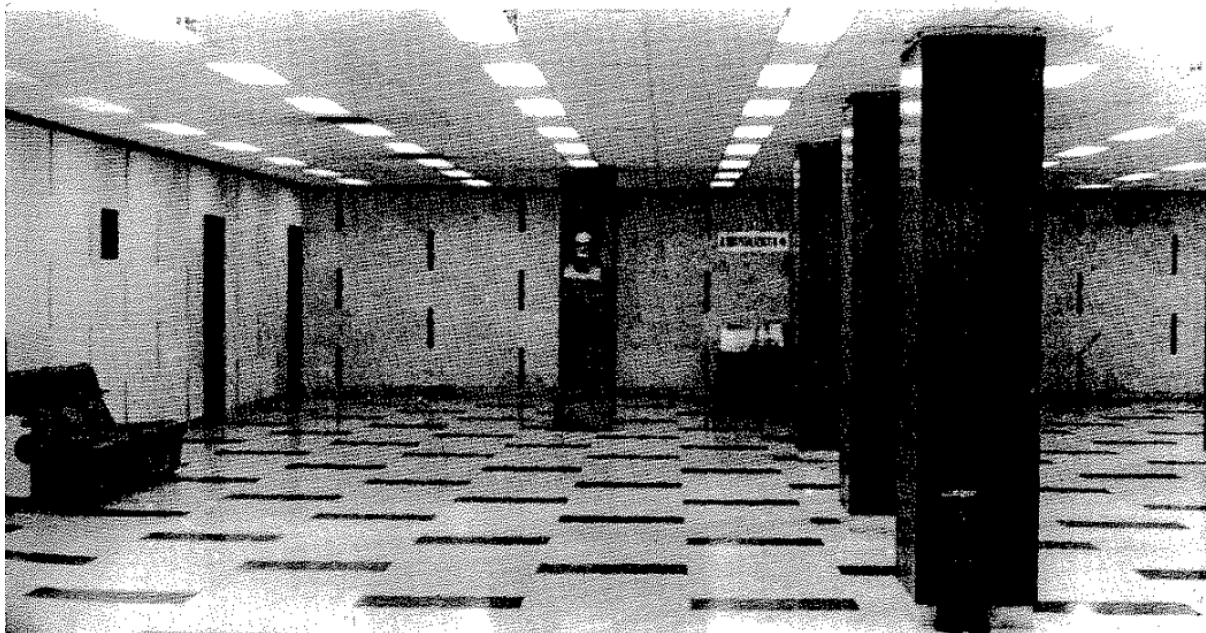
El Centro Médico, que se convertirá en Hospital Universitario en 1990 (ORDEN de 29 de agosto de 1990 por la que se aprueba el concierto entre la Universidad de Cantabria y el Instituto Nacional de la Salud), sufrirá sucesivas reformas a lo largo de los años, a pesar de lo cual, el 2 de noviembre de 1999, se produce el derrumbe de la fachada noroeste del edificio de Traumatología, ocasionando la muerte de cuatro trabajadores y numerosos heridos. En la década actual han vuelto a reformarse los nueve pabellones que se conservan de la antigua CSV, junto con la Capilla; se han edificado dos nuevos edificios: el “2 de Noviembre” y “Valdecilla Sur”, y se están construyendo los tres últimos que constituirán el nuevo hospital. Debido a ello, la asistencia especializada del Área de Salud se realiza también en los hospitales Cantabria y Santa Cruz de Liencres, situado a pocos kilómetros de la capital. El edificio de la EE permanece en el recinto hospitalario (*Historia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. 2010).



Maqueta del nuevo Hospital Marqués de Valdecilla

La Fundación, continuará orientando su actividad hacia el resto de los servicios que tiene encomendados y creará un Centro de Estudios de Medicina de Urgencias. Su conexión más efectiva con el Hospital se establece a través de actuaciones de apoyo a la realización de tesis doctorales, viajes de estudios y proyectos de investigación, aunque ha sufrido interrupciones temporales. Sus estatutos se modificarán en 1991, 1998 y 2002, para adaptarlos a la nueva realidad social, política y legal acaecida tras la promulgación de la Constitución y del Estatuto de Autonomía e incorporarla a las nuevas tareas de planificación y desarrollo sanitario de la Comunidad Autónoma, una vez asumidas por ésta las transferencias en materia sanitaria. En la modificación de 1998 recibe su actual denominación de Fundación Marqués de Valdecilla y, en la de 2002, el Gobierno de Cantabria orientará sus funciones hacia el fomento de la investigación biomédica y la colaboración con la Universidad, para lo que crea el Instituto de Formación e Investigación “Marqués de Valdecilla” (IFIMAV) (*Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011).

Salón de entrada del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla, con el busto del Marqués que siempre figuró en el Hall de entrada de la Casa de Salud Valdecilla.



Antiguo Hall de entrada de la Casa de Salud Valdecilla.

6.2. LA FORMACIÓN ENFERMERA EN LA “CASA DE SALUD VALDECILLA” .

La EE de la CSV es en la actualidad una de las más antiguas que existen en el estado español y, como hemos descrito en el capítulo sobre la formación y la profesión, en el momento en que se crea solamente se tiene constancia de la existencia de otras tres Escuelas de Enfermería en España con una formación similar: Santa Isabel de Hungría, Mancomunitat de Cataluña y Santa Madrona. Las dos primeras se clausurarían durante la Guerra Civil, aunque la de la Mancomunitat había estado cerrada también entre 1923 y 1933 (Domínguez, 1986; Siles, 1999) y la de Santa Madrona desaparecerá en 2009.

Esta EE ha recibido denominaciones diferentes a lo largo de su historia. En un principio sería la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla; con posterioridad se la denominó Escuela de A.T.S.F Casa de Salud Valdecilla, Escuela de Enfermeras, de A.T.S. o Universitaria de Enfermería “Marqués de Valdecilla” y, desde los años ochenta, recibe el nombre de Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”.

La descripción de sus ochenta años largos de historia se organiza en tres grandes etapas que guardan relación con las características de la formación y la evolución en el mismo sentido, aunque con un ritmo diferente, de la profesión: la enfermería vocacional, la técnica y la profesional.

6.2.1. *La Enfermería vocacional (1929 - 1954).*

La Escuela de Enfermeras (EE) fue una de las estructuras que focalizó la función docente de la CSV que, desde su fundación, se organizó para permitir su desarrollo en interdependencia con las funciones asistencial, investigadora y de asistencia social (Salmón Muñoz et al., 1991).

Desde el primer momento en que se planeó la organización de la Casa de Salud Valdecilla, fue propósito de los fundadores que, junto a su misión de asistencia a toda clase de enfermos, menesterosos y pudientes, desempeñase una función docente y que ésta no podía limitarse a los médicos, sino que, también, tenía que contribuir a la formación de las enfermeras. Para que no hubiese ninguna duda en ellos, el benemérito Marqués de Valdecilla dispuso en los Estatutos fundacionales, uniéndole así a la suerte de la Casa de Salud, que en ésta tendría que funcionar una Escuela de Enfermeras. La excelentísima señora Marquesa de Pelayo, la gran protectora de las enfermeras españolas, puso a contribución todo su entusiasmo para que estos proyectos fueran una realidad (Usandizaga, 1944), p. 3.

En efecto, la formación de enfermeras constituyó desde el principio un elemento fundamental del proyecto de la CSV. A ello se hace referencia, tanto en los Estatutos de 1929: “funcionará también dentro del establecimiento una Escuela de Enfermeras, conforme a los planes del Consejo Médico aprobados por el Patronato, de cuyas diplomadas se seleccionará el personal técnico femenino de la Institución”, como en las Actas del Patronato de la Fundación. Así consta en las de su segunda sesión celebrada los días 14 y 15 de enero de 1929 (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), p. 24:

El director expone la concepción que proyecta llevar a cabo para el buen funcionamiento de la Casa de Salud que se orientará hacia las funciones docentes y de investigación,.... Este plan de organización comprenderá la creación de plazas de médicos-asistentes internos, de médicos-agregados, de médicos voluntarios y de médicos-libres y de una Escuela de Enfermeras.

En esta misma sesión, el Director de la CSV, López Albo, nombra director de la EE a Manuel Usandizaga Soraluze (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1928-1933), p. 24. Cuatro meses más tarde, en la sesión de 9 de mayo, el equipo de dirección de la EE se completará con el nombramiento, también a propuesta del Director, de María Teresa Junquera Ibrán como subdirectora de la misma. En la misma reunión serán nombradas también las responsables de los servicios de enfermería y de asistencia social de la CSV y se facultará al Director a pensionarlas, así como al personal médico, a fin de que realicen estudios en el extranjero; lo que efectivamente llevarán a cabo, ya que durante este mismo año Usandizaga viajará a Berlín y a Estados Unidos y Junquera, junto a Matilde Basterra, lo hará a París (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1928-1933; Salmón Muñiz & García Ballester, 1986).

Cuando Wenceslao López Albo se hizo cargo de la organización científica de la CSV, fue bien consciente de que el hospital general que él pretendía organizar, requería de un personal de enfermería sólidamente formado y profesionalmente competente en los cuidados del enfermo hospitalario. López Albo sabía que era muy difícil encontrar en España unas enfermeras de estas características, porque en ninguna de las escuelas de enfermería existentes en nuestro país se desarrollaba el programa de formación con esta orientación. Por ello, desde el principio contempló como una parte fundamental de su proyecto, la creación de una EE que garantizara a la CSV el suministro de profesionales de estas características. El modelo de enfermera que López Albo buscaba y admiraba, estaba fuera de las fronteras de nuestro país, <<en los hospitales extranjeros donde tan gran desarrollo ha adquirido la carrera de enfermera>>. No era otro que el modelo anglosajón de enfermería profesional nacido en Inglaterra a mediados del siglo XIX y que había adquirido un especial dinamismo en EEUU a partir de la década de 1890. No podía ser de otro modo. El modelo de Nightingale se había convertido para aquellas fechas en el paradigma de la enfermería profesional en todo el mundo (Salmón Muñiz et al., 1991), pp. 238 y 240.



Agosto 1930. Su Majestad la Reina de España, esposa de Alfonso XIII y abuela del Príncipe de España, don Juan Carlos, posa con un grupo de enfermeras.

Manuel Usandizaga (San Sebastián 1898 - Barcelona 1982), que ocupará también los puestos de Profesor-Jefe del Servicio de Ginecología, Obstetricia y Embarazo y de Jefe de los Servicios Sociales (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1928-1933), p. 24, era ginecólogo, había estudiado en Madrid, licenciándose en 1924 y obteniendo el doctorado tres años más tarde. Fue interno en el Hospital Civil de Basurto y este centro le había pensionado para ampliar estudios en Viena y Berlín (Salmón Muñiz et al., 1991). Cuando llega a la CSV procede de la Casa de Socorro donostiarra, donde había comenzado su vida profesional. En

1935 obtiene la cátedra de su especialidad en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca y, posteriormente, ocupará las de Zaragoza, Valladolid y Barcelona, donde la ejercerá hasta su jubilación. En la capital catalana fue Director de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) y del Hospital Clínico y Provincial así como de la Unidad Maternal, creada en la Ciudad Sanitaria “Francisco Franco” en 1966. Es autor de una importante obra en el campo de Historia de la Medicina y cofundador de la revista “Acta Gynaecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana” que dirigió desde 1968 hasta su muerte (Sánchez Granjel, 1993).



Prof. D. Manuel Usandizaga Soraluze

María Teresa Junquera (Mieres 1890 - Valdemoro 1981) fue presentada por López Albo como “especializada en la formación profesional de enfermeras” (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), p. 35. Había obtenido el título de enfermera de la Cruz Roja en Bayona en 1911, posteriormente realizó el bachiller en Oviedo (1917) y, durante el año siguiente, trabajó como enfermera en el Hospital Vâl de Grace de París. Nuevamente en Oviedo, en 1920 comienza los estudios de medicina que concluye en Madrid (1927), realizando al mismo tiempo estudios de puericultura en la Escuela Nacional de Puericultura. Este mismo año visita las Escuelas de Enfermeras de Londres y, durante el curso siguiente, realiza los estudios de doctorado (Junquera, 1929), aunque no existe constancia de que los concluya. Fue vicesecretaria de la Asociación de Médicas españolas desde su fundación, en 1928, hasta 1936 (Salmón Muñiz et al., 1991).

La estancia de Junquera en la CSV será breve, durará apenas una año, ya que se acepta su dimisión el 4 de mayo de 1930. A partir de este momento, de nuevo en Oviedo, abre una consulta de pediatría junto a Matutina Rodríguez - hermana de Alejandro Casona - que mantiene hasta 1935, momento en que se va a Madrid. En esta ciudad dirige el Orfanato de El Pardo, en el que, al estallar la Guerra Civil, da alojamiento a los seminaristas del cercano Convento del Cristo y a los niños de las Brigadas Internacionales. En 1937 llega a París, donde sigue cuidando a los niños refugiados hasta que son desalojados, tras la derrota del gobierno republicano. Junquera regresa a Madrid, tras pasar unos días en un campo de concentración en San Sebastián, cuando Francia es ocupada por los nazis. Vive en Madrid hasta 1952, año en el que compra, junto con su hermana y cuñado, una casa con finca en Valdemoro. A partir de este momento se dedicará, exclusivamente, a su familia y a la explotación agropecuaria. Para Chamizo, el argumento de la obra de Alejandro Casona *Nuestra Natacha*, estrenada en Barcelona en 1935, ofrece, “por un lado, un personaje como *Natalia Valdés* que comparte muchas características comunes con Teresa Junquera, y por otro, unos acontecimientos que parecen querer explicar fielmente lo acontecido a Teresa Junquera durante el año que estuvo en Valdecilla” (Chamizo Vega, Argüelles Barbón, Veneranda, Campal Robledo, & Cotiello Cueria, 2007; Chamizo Vega, Argüelles Barbón, Veneranda, Campal Robledo, & Cotiello Cueria, 2010).



Dña. Mª Teresa Junquera
(El Pueblo Cántabro 24/X/1929 y cedida a Chamizo, 2007)

Sobre el proyecto de la EE reflexionará Usandizaga quince años más tarde, en el discurso de inauguración del curso 1944/1945 (Usandizaga, 1944):

Por un azar, no encuentro otra razón que lo justifique, me vi al frente de la futura Escuela de Enfermeras. En aquel entonces no tenía experiencia alguna en estas cuestiones y no podía contribuir más que con entusiasmo juvenil y buena voluntad para lograr una organización que pretendía ser modelo. Un viaje por distintos países de Europa y América, pensionado por la Casa de Salud, me permitió, al mismo tiempo que ampliaba conocimientos en mi especialidad, recorrer numerosas Escuelas de Enfermeras de los más diversos tipos. Así pude formarme una idea de cuál debiera ser la organización de la que iba a crearse en Santander.

No ignoraba, y esto tal vez fue, uno de los mayores aciertos en aquellos primeros pasos, que hubiera sido un enorme error, plagiar simplemente la organización de cualquier buena Escuela americana. En tierras de España, y con alumnas españolas, era necesario ir directamente a acoplar lo bueno y rechazar lo inadaptable de lo que hubiéramos observado en el extranjero, embarcándonos en el difícil empeño de crear una Escuela nuestra (pp. 3-4).

De este modo, el inicio de la EE supuso “el hasta entonces más relevante esfuerzo por introducir en la organización hospitalaria española, el modelo de enfermería anglosajón” (Salmón Muñiz & García Ballester, 1986), p. 235, ya que aunque el título oficial de enfermera hubiera sido regulado en España casi quince años antes (REAL ORDEN del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, de 7 de mayo de 1915, aprobando el programa para la enseñanza de la profesión de enfermera), con un programa de estudios de dos años y setenta temas; su posesión no garantizaba la formación de quienes lo poseían y no produjo cambios en la realidad laboral: los cuidados al enfermo continuaron prestándose básicamente por religiosas, que no solían ser enfermeras, o por otro tipo de personal sin la adecuada cualificación, con lo que el término “enfermera” no definía en nuestro país a un colectivo profesional cualificado y homogéneo.

De esta falta de cualificación de la enfermería española de la época era bien consciente Usandizaga que escribió sobre este tema en varias ocasiones:

En España es muy frecuente el que se tenga una idea falsa de lo que es la profesión de enfermera. Unas veces se denomina enfermeras a las criadas que prestan servicios en los Hospitales; otras, a personas que adquieren un título con una limitada preparación teórica, después de una corta asistencia a consultorios y salas de operaciones, donde, cuando más, se inician en la técnica de la asistencia quirúrgica.

Ninguno de esos dos tipos corresponde a lo que debe ser la enfermera, a lo que es en los países en que el “Nursing” ha alcanzado un alto grado de perfeccionamiento (Usandizaga, 1929).

Se denomina enfermeras a las criadas de los hospitales que carecen de toda preparación técnica y hasta de las nociones más elementales de cultura, y que solamente son capaces de las labores mecánicas de limpieza; se denomina enfermera a la persona que pasa un par de meses en la consulta privada de un médico, donde como máximo aprende a poner inyecciones hipodérmicas; se denomina enfermera a la señorita que ha obtenido un flamante título con sólo visitar durante unos pocos meses un consultorio, donde generalmente sólo adquiere unas nociones elementales de asistencia a enfermos quirúrgicos; se denomina enfermera a la que obtiene un título del Estado con sólo una certificación de haber asistido a un hospital un año y realizar un examen con un programa elemental; finalmente, se denomina enfermera a la graduada de una escuela en la que haya permanecido largo tiempo prestando servicio con asiduidad en las salas de enfermos, adquiriendo preparación teórica y práctica por la asistencia a clases dadas por profesorado capaz y demostrando condiciones físicas, psíquicas y morales para el desempeño de tan notable profesión.

Esa multiplicidad de interpretaciones de una denominación profesional es la primera dificultad con que tropezamos al comenzar nuestra actuación. Desgraciadamente hay dificultades más difíciles de vencer; no costó ningún esfuerzo el que llegásemos a concretar qué debía ser la enfermera, qué preparación tenía que adquirir, qué funciones tenía que realizar. Nos bastó con recordar la experiencia de los países anglosajones (Usandizaga, 1931a).

También analizaba Usandizaga la falta de regulación de la formación y de las profesiones de practicante y enfermera y planteaba la unificación de ambos títulos: “Repetidas veces hemos mencionado la necesidad de un título único de enfermera que acabe con todos los existentes” (Usandizaga, 1931a) y proponía “el máximo respeto a los practicantes existentes hoy día y a todos los derechos que tengan adquiridos. Creación del título oficial de enfermera, suprimiendo todos los existentes, incluso el de practicante” (Usandizaga, 1931c). En sus escritos también se reflejaban las tensiones y conflictos que podían surgir entre una y otra profesión, planteadas desde la perspectiva de la más instaurada y reconocida que empezaba a ver a la enfermería como una intrusa que iba a reducir sus posibilidades laborales (Usandizaga, 1931c):

Estos meritísimos profesionales han desempeñado hasta el día su misión de auxiliares del médico con capacidad técnica que no puede negarles nadie. También es cierto que se trata de una clase numerosísima, que tiene derechos adquiridos y cuyo disfrute no puede serle discutido sin cometer una injusticia.

Sentadas estas afirmaciones previas, examinemos la situación actual. Nos encontramos con dos profesiones en competencia para desempeñar el papel de auxiliar del médico. En un examen superficial puede parecer que las diferencias existentes entre ellas son pequeñas: se reducirían a una mayor duración de los estudios y a una mayor formación práctica de las enfermeras, y por tanto, la solución conciliadora podría ser una modificación de la carrera de practicante en este sentido.

Pero la cuestión no es tan sencilla: entre las dos profesiones – la de practicante en la forma actual y las enfermeras tal como las concebimos nosotros – existe una diferencia fundamental, sobre la que no se ha insistido lo suficiente.

Para nosotros, la enfermera es el auxiliar que presta absolutamente todos los cuidados que necesitan los enfermos. El practicante, por el contrario, divide estas funciones en dos grupos: en uno comprende las que llama técnicas (curas, inyecciones, etc.) y en el otro, otras muchas funciones que llama un poco despectivamente secundarias y que tienen por objeto el cuidado personal de los enfermos. Se reserva las primeras, y las últimas quiere dejarlas en manos de otros subalternos con muy poco o ninguna preparación. Es decir, que multiplica el personal y abandona la mayoría de los cuidados del enfermo en manos de gente sin la debida capacidad. Digamos en un aparte que en mi modesta experiencia como maestro he comprobado que las mal llamadas funciones técnicas las aprenden con extraordinaria facilidad todas las alumnas, mientras que para las otras, las funciones secundarias, requieren reunir condiciones especiales.

La orientación dada a la carrera de practicante ha sido un grave error. Creada en una época en que existía gran carencia de médicos como continuación de los antiguos cirujanos, los han sustituido en sus funciones muchas veces y otras han actuado como colaboradores.

....

Y así hemos llegado a la situación actual, en que el practicante no quiere desempeñar las funciones que verdaderamente le corresponden: el cuidar enfermos, y por el contrario, se desenvuelve en un terreno que le será cada vez más difícil, dada la enorme plétora de médicos jóvenes que desean plazas de ayudantes e internos de hospitales en los que completar su formación.

Como hemos apuntado, el primer equipo director de la CSV optó decididamente por el modelo Nightingale de enfermería y fue éste el que María Teresa Junquera intentó implantar en la EE. Así enunciaba en la prensa de la época las tres condiciones que, según este modelo, debían reunir las escuelas de enfermeras (Junquera, 1929):

formar parte de un hospital, para que las enfermeras pudieran adquirir experiencia profesional; ser un internado, puesto que sólo así se consigue inculcar en las alumnas la disciplina y la alta educación moral que la profesión requiere; y por último, la estancia en ella debe ser prolongada para que la formación de la enfermera sea perfecta.

Afirmaba Junquera que las normas establecidas por Nightingale "siguen siendo la base de la instrucción y educación de las enfermeras en el mundo entero", especialmente en Inglaterra y EEUU, país en el que las escuelas han experimentado un gran desarrollo. Concretaba, así mismo, las características de la enseñanza en estas escuelas, en las que las alumnas permanecían internas durante tres años y para cuyo ingreso se les exigía un título equivalente al bachillerato español o una prueba de conocimientos análogos (Junquera, 1929):

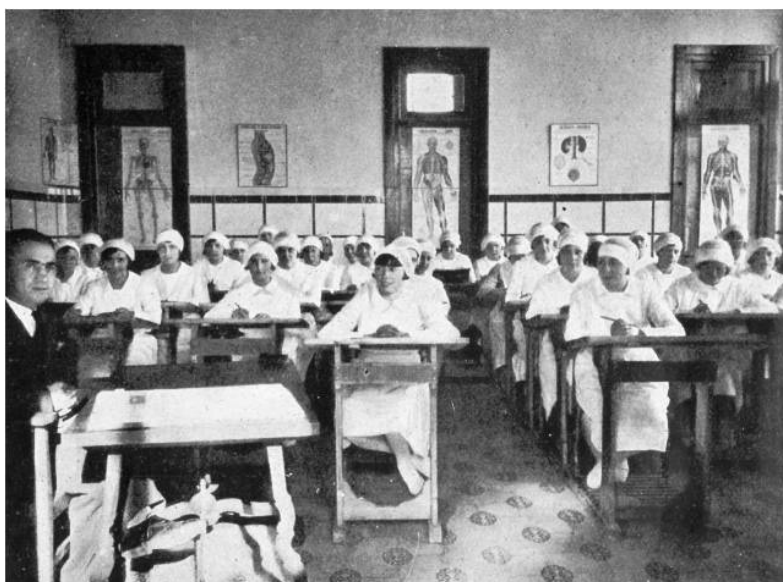
El programa teórico comprende todas las materias médicas en su aplicación al cuidado de los enfermos, así como prácticas de laboratorio y un curso completo de moral profesional.

Las alumnas desempeñan diariamente el trabajo práctico en todos los servicios del hospital, bajo la dirección de las enfermeras tituladas, y pasan, en los tres años de internado, por todas las especialidades.

En un cuarto curso de 6 meses para post-graduadas, se forman enfermeras especializadas en Sanidad pública, visitadoras escolares, servicio social e industrial, instructoras en escuelas de enfermeras, anesthesiadoras, etc.

De la formación teórica de las alumnas se encargarán los profesores jefes de los distintos servicios médicos y quirúrgicos y de la instrucción práctica y de la supervisión de su trabajo, la mayoría de las enfermeras y practicantes que han comenzado a trabajar en la CSV (Usandizaga, 1944):

La enseñanza teórica me parecía relativamente fácil. Porque pensaba que siempre se encuentran médicos que tengan espíritu docente y sepan adaptarse al nivel de los oyentes, atrayendo su atención y transmitiendo los conocimientos de manera sugestiva. Veía mucho más difícil el problema de la enseñanza práctica y, desde el primer momento insistí en que debían ser enfermeras quienes se encargasen de ella, considerándolo como de trascendental importancia para obtener un tipo elevado de graduadas, y a la técnica del cuidado de los enfermos la estimaba como la enseñanza (p. 6).



Clase de las alumnas de la primera promoción con Manuel Usandizaga

Usandizaga, a lo largo de su amplia trayectoria como Director de la EE, volverá a describir en varias ocasiones las cualidades y capacidades físicas, actitudinales y comportamentales que deben poseer las enfermeras, los conocimientos que deben adquirir y los elementos que caracterizan la profesión y la vocación:

No todo el mundo sirve para enfermera, sino que se requiere para ello un cierto número de condiciones.

Primero. Sentimientos generosos desprovistos de egoísmos; inclinación a ayudar a luchar contra el dolor; temperamento tranquilo, no irritable, que permita desarrollar un ambiente de calma a su alrededor, y una vida de estricta moralidad.

Segundo. Amor a la limpieza extraordinariamente desarrollado, unido a un perfecto conocimiento de las labores domésticas.

Tercero. Instrucción y educación lo más esmeradas posibles: es la única forma de llegar a adquirir los conocimientos necesarios y disfrutar de suficiente autoridad.

Cuarto. Salud excelente, sin ninguna predisposición a enfermedad ni defectos físicos que impidan el ejercicio de sus funciones.

Para responder a estas exigencias hace falta pertenecer a una clase especial de mujeres; no se trata de castas sociales, ya que la carrera de enfermera está abierta a todos los valores y todas las capacidades, sino de categoría moral.

Su misión fundamental es el cuidado del enfermo, rodeándole de todas las atenciones posibles y dando cumplimiento estricto a las órdenes médicas. Para ello es necesario estar permanentemente en contacto con los pacientes y tener preparación suficiente para prestar esta asistencia. ...

Una fina sensibilidad afectiva es indispensable para ser una buena enfermera, pero no basta; también debe poseer un cierto número de conocimientos que aumentan paralelamente con el progreso de la medicina (Usandizaga, 1929).

Si alguna función es esencialmente femenina es el cuidado de los enfermos; la delicadeza, la ternura, la fina sensibilidad, el conocimiento de las labores domésticas, etc., absolutamente necesarias para una enfermera, son condiciones que difícilmente puede reunir un hombre.

Si tuviéramos que definir qué es la enfermera, lo podríamos hacer escuetamente diciendo que es la persona que cuida al enfermo; es decir, la que presta todos los cuidados, lo mismo los de orden médico que los higiénicos y personales (Usandizaga, 1931a).

La profesión de enfermera se debe elegir por un impulso voluntario, siguiendo una vocación, y con la alegría con que se sigue ésta; nunca creyendo hacer un sacrificio. Hay que poseer alegría de vivir que le permita transmitirla a los enfermos, que para tristezas ya tienen bastante ellos. El dedicarse a esta profesión siguiendo una vocación no constituye un heroísmo, sino todo lo contrario: es asegurarse una vida tranquila, feliz. Yo tengo la impresión de que entre las alumnas que han acudido siguiendo una vocación es excepcional la que no se encuentra satisfecha (Usandizaga, 1931b; Usandizaga, 1944).

No solamente nos hemos preocupado de la enseñanza teórica y práctica, sino que, también, hemos procurado que se desarrollen otros valores morales, y que aquella tenga un carácter formativo. Decía hace quince años y tampoco tengo nada que rectificar, "que en una Escuela de Enfermeras que pretenda ser algo más que una fábrica de títulos, el control de las condiciones personales tiene verdadera importancia. Nunca debe bastar el que una alumna demuestre su capacidad en unos exámenes para conseguir enfermeras que eleven la profesión (Usandizaga, 1944), p. 7.

La organización de la Escuela comienza de inmediato. El día 10 de noviembre de 1929 se aprueban los Estatutos fundacionales de la CSV y los días 19 y 20 aparece ya en la prensa local y nacional la convocatoria de un concurso para la provisión de las plazas de las alumnas; informando de que permanecerá abierta hasta el día 10 del mes siguiente y remitiendo a las interesadas en obtener más información a la Subdirectora de la EE, María Teresa Junquera (Anuncio Casa de Salud Valdecilla. Santander. Escuela de Enfermeras 1929; Anuncio Casa de Salud Valdecilla. Santander. Escuela de Enfermeras. 1929a; Anuncio Casa de Salud Valdecilla. Santander. Escuela de Enfermeras. 1929b).

La primera alumna ingresa el día 1 de octubre de 1929, antes de la convocatoria pública de las plazas, aunque hasta el 2 de enero del año siguiente no se comenzará a producir una incorporación continuada que se extenderá hasta el veinte de mayo, momento en que se alcanza la cifra de cincuenta alumnas. Las fichas de las seis primeras alumnas que llegaron a la EE hasta el día 16 de enero de 1930, y que abandonaron o fueron expulsadas en los primeros meses de este año, no figuran en el Libro de Registro de la EE las seis primeras, como sería de esperar, sino que se les asignaron los números de registro del 87 al 92 (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012b). También en el Acta del Patronato de 27 de marzo figuran, sin sueldo, los nombres y fecha de posesión de veintiocho “alumnas enfermeras” (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), p. 70.



La primera promoción de alumnas con la Marquesa, el Obispo y la madre Bastos
(10 de junio de 1930)

En estos primeros años de la EE no debió ser fácil conseguir alumnas. En el acta de la sesión del Patronato de 7 de marzo de 1931 figura la propuesta de uno de sus miembros de que "hagan una memoria sobre la Escuela de enfermeras que pueda servir de propaganda" (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1928-1933), p. 139. También Usandizaga reflejará este problema en sus escritos (Usandizaga, 1944):

Las primeras desilusiones las sufrí al comenzar a recibir instancias de futuras alumnas. En la primera convocatoria no pudimos reunir el número de alumnas previsto para comenzar el primer curso, aún bajando mucho en nuestras exigencias respecto al nivel que debían alcanzar. Al cabo de quince años, por el contrario, se ve con satisfacción que en cualquiera de los concursos que se anuncian en nuestra Escuela, siempre se presentan por encima de una docena de solicitantes aceptables por cada plaza que se provee (p. 4).

Es posible que la dificultad para completar las primeras promociones de alumnas fuera uno de los motivos que llevaron a los responsables de la EE a admitir alumnos varones en su inicio, situación que no volverá a producirse hasta cuatro décadas más tarde. Este aspecto no se conocía en la EE hasta 2004, momento en que se revisaron los archivos con motivo de la celebración de su 75 aniversario (Nespral, 2005). En efecto, consta en ellos que, entre el 18 de mayo y el 6 de junio de 1937, fueron admitidos siete alumnos varones que se vieron obligados a abandonar su formación el día 2 de octubre por ser "movilizado por las quintas" (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1932-1971). También es cierto que esta posibilidad ya había sido prevista por Usandizaga desde el comienzo de la EE (Usandizaga, 1931a):

quisiera hacer una aclaración: aunque empleemos solamente la palabra enfermera, no excluimos por ello a los hombres de esta profesión. Ahora bien: tenemos la impresión de que cada vez ha de ser más restringido su papel; tal vez el único sitio donde son difícilmente sustituibles es en el cuidado de los enfermos mentales.

Nombre	Fecha de nacimiento	Natural de	Provincia de	Ingresó en la Escuela el	Abandonó la Escuela el	Causa por que abandona la Escuela
Antonio [redacted]	[redacted] 1911	Cádiz		18 de mayo 1937	2 de Octubre 1937	movilizado por las quintas
Luis [redacted]	1 de mayo 1918	Reinoso	Santander	6 de junio 1937	2 de Octubre 1937	Movilizado por las quintas

Fichas del primer y séptimo alumnos admitidos en 1937 (Libro de Registro de Matrícula)

Pero la falta de alumnas no sólo estaba relacionada con la insuficiencia de solicitudes sino con el importante número de abandonos y expulsiones que se producían. Así, durante el tiempo que se impartió este plan de estudios de enfermera, entre 1930 y 1954, accedieron 1.102 alumnas a la EE, de las que obtuvieron el título solamente 633. Los motivos de unos y otras eran diversos: los abandonos estaban relacionados con la falta de capacidad física, los problemas de salud e, incluso, la muerte; temas familiares; "no acostumbrarse", irse volun-

tariamente o contraer matrimonio eran los más frecuentes. Las expulsiones se debían a falta de aptitudes o condiciones para ser enfermera, falta de seriedad, formalidad o moral, "mala conducta", "conducta indeseable" o cometer faltas graves; en muchos menos casos se producían por suspender alguno de los cursos. Durante la Guerra Civil y la inmediata postguerra se produjeron también muchas deserciones, unas impuestas y otras voluntarias "al entrar los nacionales", "al ser liberada la ciudad". "al ver llegar las tropas", "por no ser adicta al movimiento nacional", "por su actuación en el período rojo", o por ser detenida o evacuada. Estos motivos también fueron la causa de que el Patronato anulara ocho Títulos de Enfermera en la sesión que celebró el día 31 de julio de 1938. Los abandonos y expulsiones disminuirán cuantitativamente en los años siguientes, durante el plan de estudios de ATS, pero las causas seguirán siendo similares (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1932-1971).



Las alumnas en los jardines del palacio del Marqués con motivo de su onomástica (octubre de 1930)

Usandizaga se refiere a este tema en artículos y conferencias:

El ideal sería que una vez admitida una alumna automáticamente continuase sus estudios, sin posibilidad de eliminaciones ulteriores; pero se tropieza con las dificultades que ofrece esa elección. No hay otro remedio que exigir un período preliminar de prueba, en el cual puedan estudiarse las condiciones de las aspirantes antes de la admisión definitiva.

En una escuela de enfermeras que pretenda ser algo más que una fábrica de títulos, el control de las condiciones personales tiene que ser de verdadera importancia; nunca debe bastar el que una alumna demuestre su capacidad en unos exámenes para conseguir enfermeras que eleven la profesión (Usandizaga, 1931b).

También hemos cuidado que entre todas las aspirantes admitidas se hiciera una selección bajo el punto de vista sanitario, estableciendo el previo examen médico obligatorio, que se lleva a cabo con arreglo a unas normas comunes para todas y que comprende historia clínica, exploración general, examen radiológico de tórax, cutirreacción, análisis de orina, etc. (Usandizaga, 1944), p. 5.



Alumnas de la primera promoción

20

Nombre Emilia

Fecha de nacimiento: 11 de mayo 1904

Natural de Santander Provincia de

Ingresó en la Escuela el 15 de Enero 1930

Título de Enfermera el de

Abandona la Escuela el de Febrero 1930

Causa por que abandona la Escuela Falta de moral

Dirección al abandonar la Escuela

73

Nombre Josefina

Fecha de nacimiento: de 1909

Natural de Provincia de

Ingresó en la Escuela el de Noviembre 1930

Título de Enfermera el de

Abandona la Escuela el de 1931

Causa por que abandona la Escuela Indeseable y amiga de la gente

Dirección al abandonar la Escuela

207

Nombre Emilia

Fecha de nacimiento: de 1912

Natural de Provincia de

Ingresó en la Escuela el 12 de Junio 1934

Título de Enfermera el de

Abandona la Escuela el 3 de Junio 1937

Causa por que abandona la Escuela Fallece en la "Casa"

Dirección al abandonar la Escuela

236

Nombre Florencia

Fecha de nacimiento: de 1912

Natural de Provincia de

Ingresó en la Escuela el 9 de Julio 1934

Título de Enfermera el de

Abandona la Escuela el 30 de Agosto 1937

Causa por que abandona la Escuela La actuación durante el periodo rojo fué causa de que al entrar los Nacionales la despidieran

Dirección al abandonar la Escuela Se ignora

213

Nombre Cecilia

Fecha de nacimiento: de 1901

Natural de Provincia de

Ingresó en la Escuela el 12 de Junio 1934

Título de Enfermera el de

Abandona la Escuela el 23 de Agosto 1937

Causa por que abandona la Escuela Comer de vez en cuando las tropas (Muy roja)

Dirección al abandonar la Escuela Se ignora

Queda eliminado del personal de la Casa - le niega el título Paternato 21 julio 1938

240

Nombre Hippocrata

Fecha de nacimiento: de 1918

Natural de Provincia de

Ingresó en la Escuela el 3 de Junio 1934

Título de Enfermera el de

Abandona la Escuela el 24 de Mayo 1937

Causa por que abandona la Escuela Durante el periodo rojo es despedida por la Comisión de Enfermeras (Muy roja)

Dirección al abandonar la Escuela Se ignora

246

Nombre Basilisa

Fecha de nacimiento: de 1908

Natural de Provincia de Salamanca

Ingresó en la Escuela el 29 de Septiembre 1934

Título de Enfermera el de

Abandona la Escuela el 23 de Enero 1936

Causa por que abandona la Escuela "Carencia absoluta de aptitudes y muy poca salud"

Dirección al abandonar la Escuela Se ignora

247

Nombre Enriqueta

Fecha de nacimiento: de 1905

Natural de Provincia de

Ingresó en la Escuela el 20 de Septiembre 1934

Título de Enfermera el de

Abandona la Escuela el de Diciembre 1935

Causa por que abandona la Escuela Delincuente

Dirección al abandonar la Escuela

711

Nombre M^{te} Rosa

Fecha de nacimiento: de 1916

Natural de Provincia de Sanlúcar

Ingresó en la Escuela el 3 de Julio 1946

Título de Enfermera el de

Abandona la Escuela el 8 de Octubre 1946

" 1^o de Enero 1950

Causa por que abandona la Escuela Suspendida en el curso preliminar (1^o y 1^o)

7^o de Enero 1950 de la Casa, uso permiso la noche 31^o

Dirección al abandonar la Escuela

Fichas de alumnas del Libro de Registro de Matricula

Las enseñanzas se han llevado con un cierto rigor en nuestra Escuela. Después de una selección previa entre las solicitantes, de un período de prueba preliminar de tres meses, con un examen a su término, y de la práctica sistemática en todas las alumnas de test mentales - a los que, naturalmente, no concedemos un valor decisivo para la eliminación de las alumnas, pero sí los consideramos como un excelente indicador de cómo serán sus actividades futuras -, todavía hay algunas que son excluidas en el curso de los estudios. Naturalmente, en el abandono de los mismos influyen también, la mayor parte de las veces así ha sucedido, razones de conveniencia personal de las mismas alumnas (Usandizaga, 1944), p.7.

Alguna de las ideas básicas que sobre la formación enfermera tenían los responsables de la EE se introdujeron en gran medida desde el primer momento, como la formación prolongada en el seno de un hospital general y en régimen de internado (lo que constituyó la segunda experiencia en España), y el desempeño diario de un trabajo práctico en todos los servicios del hospital, bajo la supervisión de las enfermeras tituladas de la CSV. Todos estos aspectos son reiteradamente desarrollados en muchos de los escritos de Usandizaga a los que hemos tenido acceso:

La formación de una buena enfermera no es fácil, requiriéndose para ello un buen hospital y profesorado competente. La “Casa de Salud Valdecilla” crea una “Escuela de enfermeras” organizada en condiciones excepcionales, con sus instalaciones hospitalarias modelo; en las que el trabajo se realizará en las mejores condiciones y con profesorado especializado en la enseñanza de las enfermeras, que contará con la colaboración de todo el Cuerpo médico.

Los estudios durarán tres años durante los cuales las alumnas permanecerán internadas y ellos serán eminentemente prácticos, aunque no se descuidará la preparación teórica. Al cabo de ese tiempo recibirán el diploma de “Enfermera de la Casa de Salud Valdecilla”, y, si lo desean, podrán permanecer algún tiempo más, siguiendo cursos de especialización (Usandizaga, 1929).



Alumnas de la primera promoción

La enseñanza tiene que ser eminentemente práctica. La enfermera tiene que conocer a la perfección la técnica del cuidado de los enfermos y esto solamente se aprende prestando servicio continuamente al lado de la cama del paciente. No por ello despreciamos la formación teórica, ni mucho menos; pero no la consideramos más que como la base para mejor cumplir sus funciones prácticas (Usandizaga, 1931b).

Hemos dicho que consideramos como indispensable el internado de las alumnas; ello nos obliga a tener personal capaz de su dirección y vigilancia que reúna no sólo conocimientos de la profesión, sino que tenga experiencia en este aspecto pedagógico; que sea capaz de dirigir muchachas jóvenes sin ñoñerías ridículas, pero inculcándoles el espíritu de disciplina, y sobre todo ayudándoles a formarse una personalidad.

Esto no lo puede hacer un médico; tienen que ser mujeres encanecidas en el servicio de la profesión, con una cultura superior, con experiencia de la vida, con capacidad de mando, y sobre todo con un extraordinario sentido pedagógico (Usandizaga, 1931c).



Alumnas de la primera promoción en clase

En el transcurso de estos quince años, las alumnas, simultaneando con sus estudios teóricos, han prestado servicio permanente en las salas y consultas hospitalarias, realizando en forma tan excelente su cometido, que puede decirse que en gran parte, gracias a ellas, ha sido posible contar con una buena organización hospitalaria.

....

Preocupación constante ha sido el huir de formar enfermeras con una preparación excesivamente memorística. Una profesión tan esencialmente práctica no puede aprenderse bien más que por la permanencia de largas horas en la cabecera del enfermo y por eso he creído y sostenido siempre que sólo con lecciones teóricas y unas pocas horas de prácticas, es imposible preparar buenas enfermeras. Para lograr formar éstas, no hay otra solución que el internado en hospitales durante un plazo mínimo de tres años.

....

Parte importante de la buena organización de una Escuela es un internado en condiciones adecuadas. La profesión es muy dura y obliga a estar en contacto con muchas miserias, aun en hospitales tan bien dotados como el nuestro; por eso es justo que en los momentos en que las alumnas pueden aislarse del quehacer diario, dispongan de un lugar grato y confortable, donde se goce de la alegría de la camaradería con las compañeras.

No hará falta decir, que en este sentido hemos encontrado la colaboración más completa, muy especialmente de la excelentísima señora Marquesa de Valdecilla y Pelayo, que no sólo ha puesto todo su cariño en lograr que nuestra residencia pueda mostrarse con orgullo como un modelo, sino que, además, nos permite soñar con que en un futuro, tal vez próximo, lo que parecía insuperable pueda llegar a serlo. Asimismo, la Madre Superiora y Hermanas de la Caridad, encargadas del régimen interior de la Escuela, han contribuido particularmente a lograr el magnífico tono de las habitaciones, cuartos de reunión, comedor, etc, de nuestra Residencia. En la misma, actualmente se está rehaciendo una pequeña biblioteca - por haber sido destruida la que existía por las vicisitudes de la guerra -, a la que contribuyen los médicos con sus donativos" (Usandizaga, 1944), pp. 6-8.



Sala de estar de la Residencia



Pabellones 15 y 16: Residencia



Alumnas con enfermos: en la terraza de un pabellón y en quirófano



Biblioteca en el Pabellón 3



Comedor

Sin embargo, la formación previa con la que accedían las alumnas no respondió a las exigencias de las escuelas que seguían el modelo anglosajón. A las de la primera promoción "sólo les fueron exigidas, como condiciones previas a su ingreso, tener buen aspecto, buena conducta (acreditada por un sacerdote) y buenos modales, y saber leer y escribir" (Salmón Muñiz et al., 1991), pp. 248-249, y los criterios de selección se mantuvieron en los cursos sucesivos:

Se ha discutido la conveniencia de que las alumnas enfermeras posean un título de segunda enseñanza.

En España son relativamente pocas las mujeres que lo han obtenido, y la mayoría de ellas tiene una orientación definida hacia una profesión liberal. Por otro lado, es posible que la vocación de enfermera sea tardía, es decir, cuando han transcurrido varios años en otras direcciones. En estos casos, el exigir el mencionado título significaría eliminar automáticamente a muchas personas que puedan prestar excelentes servicios como enfermeras. En resumen: no hay que hacer un fetichismo de los títulos; basta con exigir una cultura y educación suficientes (Usandizaga, 1931b).

Nuestra aspiración ha sido conseguir que las alumnas tuviesen cada vez un nivel cultural más elevado, aunque siempre hemos sostenido que era un error pretender previamente exigirles un título de segunda enseñanza. No hay que olvidar que en España hay muchas jóvenes que no hacen estudios oficiales secundarios, y, sin embargo, poseen una cultura superior obtenida en centros no oficiales, y como bastantes veces la vocación de enfermera es tardía, exigir esos títulos sería cerrar el paso a muchas de esas mujeres capaces de realizar una labor admirable (Usandizaga, 1944), p. 5.

Tampoco el comienzo de la formación en la EE respondió a los propósitos de Junquera y Usandizaga: durante el primer año las alumnas no tuvieron ni programa de estudios, ni libros de texto; las clases no empezaron hasta la llegada de las monjas y la formación se limitó al trabajo práctico que se desarrolló bajo durísimas condiciones, tal y como manifestaba una de las supervivientes de esta primera promoción cuyo testimonio oral recogieron Salmón et al. (1991):

Se levantaban a las 6,30 horas de la mañana y tras la misa voluntaria y el desayuno, cada una de ellas acudía al servicio donde estaba destinada. A menudo se acostaban <<con los pies ensangrentados>>. La mayoría de las alumnas enfermeras que no abandonaron <<no volvían a su casa por vergüenza>>. De acuerdo al mismo testimonio, las relaciones entre las instructoras y las alumnas fueron bastante conflictivas. Aquéllas trataban a éstas muy duramente y a menudo las ridiculizaban (p. 248).

Respecto a los cursos de especialización, no se desarrollaron los dirigidos a formar enfermeras visitadoras o de acción social, inicialmente sólo se puso en marcha el de Laboratorios, que fue aprobado por el Patronato en la sesión de 7 de marzo de 1931: "Se acuerda crear el cuerpo de señoritas especializadas en los laboratorios, como solicitan los médicos, que pueden ser enfermeras si son de Santander, y si de fuera igualadas a las alumnas enfermeras, facultándose al Director para que resuelva sobre esto" (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1928-1933), p. 139. La especialidad comenzó a realizarse en el curso 1933/34 y finalizó en 1971 aunque, durante el plan de estudios de ATS, no tuvo reconocimiento oficial. Usandizaga se referirá a ella en uno de sus discursos: "Un número muy limitado de enfermeras graduadas pasan a prestar sus servicios exclusivamente en los laboratorios donde permanecen otros dos años, al término de los cuales reciben el título de Ayudantes técnicos de Laboratorio" (Usandizaga, 1944), p. 8.



Alumnas en la Sala de Curas

Como hemos visto al inicio del capítulo, la Subdirectora de la EE dimite cuando aún no había finalizado la incorporación de las alumnas de la primera promoción. Su dimisión figura en el Acta del Patronato de fecha 4 de mayo y en ella no se especifican los motivos: “Se admite la dimisión que tiene presentada la Jefa de enfermeras Doña Maria Teresa Junquera, sintiendo privarse de sus buenos servicios” (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), p. 76. “Esta dimisión ni siquiera apareció reseñada por la prensa local, alguno de cuyos medios (por ej. *La Región*, 5 mayo, 1930) sí se hizo eco de esta sesión del Patronato” (Salmón Muñiz et al., 1991), p. 243. Al mes siguiente se incorporarán a la CSV las Hijas de la Caridad que asumirán también la organización y administración de la EE (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), p. 86, artículo 4.

De este modo, sólo a partir del segundo año, tras hacerse cargo de la EE las Hermanas de la Caridad, se organiza un programa de estudios de tres años, cuyas asignaturas serán impartidas por los profesores-jefes de los distintos servicios, salvo la de Técnica del Cuidado de los Enfermos que compartirán con Manuel Usandizaga Sor Carmen Bastos y Sor Montserrat Heras y ésta dará también clases de repaso (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1930).

Hasta ahora puede decirse que la enseñanza, en los modestos ensayos que se han hecho entre nosotros, ha estado exclusivamente en manos de médicos, si se exceptúa la repetición de lecciones.

Nos encontramos aquí dos clases de enseñanza: una, conocimientos teóricos básicos, indispensables para el buen cumplimiento de sus funciones; otra, de carácter eminentemente práctico.

Las enseñanzas teóricas debe darlas un médico pensando que es mucho más difícil que dirigirse a compañeros de especialidad, y que tiene que prestar un especial cuidado a la preparación de la lección y del material de enseñanza (cuanto más copioso sea éste, mejor).

Siempre seremos nosotros quienes debamos inculcar el respeto a la ciencia, el espíritu de la colaboración en la investigación.

Para esta investigación toda colaboración es poca y la de las enfermeras, absolutamente indispensable. Por eso debemos inculcarles ese espíritu de amor a la ciencia que haga de ellas unas colaboradoras entusiastas.

Hay otro grupo de conocimientos eminentemente prácticos para los cuales han de ser enfermeras quienes los enseñen: todo lo que se comprende bajo el nombre de técnica de cuidado de los enfermos. Este es tal vez uno de los puntos más difíciles de resolver y que tiene trascendental importancia para obtener un tipo elevado de enfermeras. Las alumnas aprenden unos conocimientos en las clases que luego no los ven aplicar a sus superiores en las salas. Naturalmente, en esto no excluyo a los médicos, que muchas veces desconocen en absoluto estas cuestiones y otras veces complican la enseñanza al oponerse a las normas generales queriendo tener una técnica personal. Sólo la enseñanza de las nuevas alumnas no basta para mejorar los servicios. El conseguir modificar moldes viejos adquiridos en años de trabajo rutinario es muy difícil, pero no imposible. Aquí reside el punto fundamental y decisivo en lo futuro de una escuela de enfermeras: en el conseguir romper este círculo (Usandizaga, 1931b).

Cuatro años más tarde, como soporte a la formación, el Director de la EE publicará *El Manual de la Enfermera*, en el que participan, también, otros cuatro profesores-jefes de la CSV (Usandizaga, 1934). De este texto se publicarán hasta 1970 otras 8 ediciones y revisiones (cinco del Manual de la Enfermera y tres del Manual de la Enfermera y del Practicante) (Usandizaga, 1938; Usandizaga, 1940; Usandizaga, 1943; Usandizaga, 1950; Usandizaga, 1952; Usandizaga, 1958; Usandizaga, 1964; Usandizaga, 1970). A estos Manuales que fueron el sustento de la formación en la EE durante más de cuatro décadas, dedicaremos el siguiente capítulo de esta tesis.

En el Prólogo de este primer Manual afirmaba Usandizaga que tuvo importantes dificultades para diseñar el programa de la EE, no sólo por la insuficiencia del oficial de la carrera vigente en España, sino también por la escasa formación práctica que se exigía (Usandizaga, 1934):

Cuando nos encargamos de la organización de la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla, la primera dificultad que se nos presentó fue el hallar un programa que fuera un instrumento útil de trabajo.

El programa oficial de la Carrera de Enfermera, era y sigue siendo totalmente insuficiente, como es también insuficiente la formación práctica que se exige para obtener ese título y no tuvimos otro remedio que ver de adaptar programas de algunas escuelas extranjeras de reconocida solvencia.

Hubiese sido muy fácil el transcribir íntegramente uno de ellos, pero tenemos la impresión de que hubiera sido un grave error. Esos países llevan muchos años de tradición en la formación de enfermeras y además el nivel cultural medio de sus alumnas es superior al nuestro.

Estas consideraciones nos obligaron a adaptar esos programas a nuestro medio, restringiendo la importancia de la parte teórica, pero manteniendo íntegramente la amplitud de la formación práctica. Estamos firmemente convencidos de que lo esencial en la formación de la enfermera es el trabajo diario en un hospital. No puede ser buena enfermera quien no ha permanecido por lo menos tres años, prestando servicio internada en el mismo.

Más tarde se planteó la necesidad de un texto que se adaptara a nuestro programa y nos decidimos a preparar este Manual de la Enfermera.

La EE “fue reconocida oficialmente por Orden de 20 de junio de 1932, ratificada por Orden de 12 de agosto de 1940” (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988) y se adscribe a la Facultad de Medicina del Distrito Universitario de Valladolid, de modo que las estudiantes serán examinadas por un tribunal de dicha Facultad y, al término de los estudios, recibirán dos diplomas, el de la CSV y el Título Oficial del Estado. Este aspecto es comunicado por el Director de la CSV en la sesión del Patronato de 30 de abril de 1932 (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1934-1951), p. 197, y se refleja el pago al tribunal en alguna de las Actas posteriores:

se convino que siendo conveniente que las enfermeras de esta Casa tengan alguna reválida oficial de sus estudios se procure la agregación de la Escuela a la Facultad de Medicina de Valladolid y los profesores de ella vengan a Santander a celebrar los exámenes y expedir los títulos correspondientes” (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), p. 163.

Las alumnas, al término de sus estudios, no solamente reciben el Diploma de la Casa de Salud, sino que por estar incorporada nuestra Escuela a la Facultad de Medicina del Distrito Universitario, previo examen por un Tribunal, formado por Catedráticos de Valladolid desplazados a Santander, también obtienen el título oficial del Estado” (Usandizaga, 1944), p. 8.

Efectivamente, entre la documentación que se conserva en la EE, figuran las Actas del tribunal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid que acude a la EE todos los finales de curso, desde julio de 1932 - salvo los años 1937 y 1939 - para realizar el examen final - *la reválida* - a las alumnas que, a criterio de los responsables de la EE, han finalizado sus estudios. Esta situación cambia a partir de junio de 1943, y durante el resto del desarrollo de este plan de estudios, ya que sólo aparecen las Actas firmadas por dicho Tribunal correspondientes a los dos primeros cursos, estando las de tercer curso, en cambio, firmadas por un tribunal de la EE presidido por su Director, con lo que parece que dejó de realizarse el examen de reválida (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012a).

Se conservan, así mismo, desde septiembre de 1930, Actas de exámenes de cada curso firmadas por el tribunal de la EE, en las que figuran las notas de teoría y práctica, aclarando que en ellas van incluidas: conducta – que a partir de 1941 será régimen interior -, trabajo en clínicas, trabajo en clase y exámenes; notas que, a partir de 1933, vienen especificadas en cada uno de los apartados y, con cuya media, se confecciona la nota final de cada curso y la global del título que expide la CSV. Finalmente, a partir del curso 1946/47, se aclara que el trabajo de clínica equivale a la nota media de: trabajo en clínica, cumplimiento de órdenes, limpieza, capacidad de observación, atenciones y cuidados al enfermo y, desde este mismo curso, se incluyen las notas del examen de todas las asignaturas de cada curso, incluidas las de Religión (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012a).

También, desde esta época y hasta 1985, se pueden encontrar en las carpetas de expedientes de las/ os estudiantes, situados en el archivo histórico de la EE, los exámenes que realizaron durante su formación.

En los artículos 9º y 10º de la Orden que regula la organización del “Instituto Médico Valdecilla” (ORDEN de 9 de julio de 1946 por la que se organiza el “Instituto Médico Valdecilla” como Escuela de Especialización Médica dependiente de la Universidad de Valladolid) se especifica que:

La Escuela Profesional de Enfermeras de Valdecilla, ya incorporada a la Facultad de Medicina de Valladolid, seguirá dependiendo de ésta en cuanto se refiere a la revalidación de estudios y pruebas necesarias para la concesión del título del Estado.

Las alumnas enfermeras harán su matrícula en el plazo reglamentario. Justificada plenamente con su internado de tres años la escolaridad de dos que oficialmente se exige en los estudios de enfermera, podrán las alumnas de Valdecilla hacer su única matrícula al fin de su tercer año de internado, y ésta será necesaria para el examen final de su carrera y concesión del título.

De este modo la EE continua su actividad durante estas dos décadas sin interrupción, ni siquiera durante la Guerra Civil (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1934-1951), p. 274, y sin más cambios aparentes que los reseñados, que no parecen afectar ni a la formación que reciben las alumnas, ni a la disciplina y régimen de internado a que están sometidas. Tampoco parece verse afectada por las sucesivas regulaciones que tratan de reglamentar y homogeneizar la formación enfermera en España, tales como la unificación de los títulos en todas las Facultades, en 1931; la regulación de los contenidos formativos en 34 lecciones distribuidas en tres cursos, en 1932; las normas para la obtención del título y el programa oficial de estudios de 33 lecciones teóricas y 9 prácticas, tres años previos de bachiller y examen de ingreso, en 1941. El requisito del bachiller se incorpora en la EE a partir de este año y, el examen de ingreso, que recibe la denominación de Preliminar, había comenzado a realizarse en el curso 1939/40, aunque sólo existen Actas de este examen del Tribunal de Valladolid desde el curso 1953/54 (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012a).



Entrega de Títulos a la 1ª promoción de enfermeras con la presencia de los Marqueses de Pelayo

Un cambio reseñable que se produce en la EE durante la Guerra Civil es que los estudios dejarán de ser gratuitos. Las alumnas comenzarán a pagar, a partir de 1938, 250 pesetas de matrícula: 125 al entrar y otras 125 al aprobar el período preliminar (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1934-1951), p. 69. Esta decisión, que pudiera estar relacionada con las dificultades económicas que atravesaba la CSV, no se explica en ninguno de los documentos revisados, a pesar de que contradice las afirmaciones realizadas sobre este tema al inicio de la EE: "Los estudios serán absolutamente gratuitos y además las alumnas recibirán excelente alimentación y alojamiento, así como el equipo completo que utilicen en las horas de trabajo" (Usandizaga, 1929). Es más, parece, incluso, que en algún momento habían recibido alguna remuneración

económica: “La Marquesa ha sufragado las gratificaciones mensuales a las alumnas enfermeras, que alcanzan una cantidad considerable” (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1931), p. 4.



Promoción 1936-1939

En múltiples documentos se refleja la satisfacción de los responsables de la EE con los resultados obtenidos en la formación y la preocupación por el futuro profesional de las alumnas:

Al terminar sus estudios, un cierto número de ellas quedarán al servicio de la Institución con cargos retribuidos y con posibilidades de ascenso a puestos superiores de jefas, inspectoras, etc. Para las restantes se creará una oficina de colocaciones que permita un mejor desarrollo profesional (Usandizaga, 1929).

La Escuela de Enfermeras, plantel de abnegadas cuidadoras de los dolientes, que son solicitadas apenas terminan sus estudios por todas las Clínicas de España (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1932), p. 3.

la grata impresión que recibió de su visita al Ministerio de Instrucción Pública, donde se tiene de la Casa de Salud un alto y justo concepto y de la labor que realiza, hasta el punto que en un concurso recientemente abierto para conceder plazas de enfermeras se exige el serlo u oficial o diplomada del Instituto Rubio o de la Casa de Salud (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), p. 163.

De los excelentes resultados obtenidos con la enseñanza no somos nosotros los indicados para hablar de ello, sólo diremos que tenemos la satisfacción de que ya antes de que terminen los estudios se disputan a nuestras enfermeras para los más diversos Sanatorios y Clínicas privadas y que en concursos y oposiciones a cargos oficiales figuran siempre en los primeros puestos (hay datos varios). Se puede decir que es muy rara la enfermera de nuestra Escuela que no tiene una colocación poco tiempo después de recibir su Diploma, lo cual tiene mucho más valor en estos tiempos, en que tanto se han prodigado los títulos de enfermeras de todas clases (Usandizaga, 1944), p. 8.

Seguramente la procedencia de las alumnas también influyó en que se disputaran a las enfermeras formadas en la EE en diversos Sanatorios y Clínicas de todo el país, ya que de las 536 alumnas que habían finalizado sus estudios en mayo de 1953, sólo 123 eran de Santander y su provincia, 403 procedían del resto de las provincias españolas y 10 de otros países (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1932-1971).

Aunque no hemos encontrado ningún documento que delimite el momento en que Usandizaga dejó de ser Director de la EE, parece que su cese y su marcha de la CSV debió de producirse durante el año 1945 o a comienzos de 1946, ya que en el mes de junio de este año

es Jose Antonio Lamelas quien firma como Director las Actas de la EE (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012a; Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012b).

Durante la década de los años cincuenta se suceden las regulaciones legales sobre la titulación y el funcionamiento de las escuelas de enfermeras. En 1952 se refunden los planes de estudio con los de Practicante y Matrona y se reglamenta la organización de la formación y la dependencia de la universidad. Al año siguiente se redefinen todos los aspectos relacionados con las características de la formación, los requisitos de acceso y los contenidos formativos, que, en líneas generales responden a las de la EE desde su inicio, para, finalmente, en 1955, volver a regular todos estos aspectos para obtener el nuevo título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS).

Todo ello supondrá para la EE la regulación de la ratificación de su creación (ORDEN de 24 de abril de 1954 por la que se ratifica la ORDEN de creación de la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander) y el comienzo en el curso 1954/55 de un nuevo Plan de Estudios para la obtención del título de Enfermera que durará poco, ya que, sin transición y sin cambios en la formación, las alumnas que habían comenzado con este Plan de Estudios de Enfermera finalizarán su segundo curso de ATS y, las de tercero, que habían comenzado con el plan viejo acabarán obteniendo también el título de ATS (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012a; Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012b).

En el año 1954, García-Barón, Director de la CSV entre octubre de 1951 y diciembre de 1956, pronuncia un discurso con motivo de la clausura del curso y entrega del título de la CSV a las enfermeras graduadas y de acogida de las alumnas de la siguiente promoción. Era éste un acto solemne y festivo que venía celebrándose cada uno de octubre (García-Barón, 1954), p. 21, y en el que, en alguna ocasión también había participado la Marquesa (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1934-1951). Esta celebración de graduación y despedida de las alumnas continúa realizándose en la EE sin interrupción hasta el momento actual (La LXIII Promoción de Enfermería. 1996; La última promoción del milenio. 1999; 71 promociones se han formado en la Escuela de Enfermeras de Valdecilla que cumple 75 años. 2004; Sesenta y ocho estudiantes de Enfermería se gradúan en la Universidad de Cantabria. 2007).

El discurso de García-Barón (1954) contenía tres cartas: *a una enfermera aspirante en el período de pruebas, a una alumna y a una enfermera al abandonar la EE*. A la primera le explica muchas cosas: que llega a una Escuela que ha alcanzado un justo renombre en toda España "porque sus alumnas reúnen las más preciadas condiciones de competencia profesional, disciplina en el servicio y bondad en el alma"; que es "una Escuela llena de honor; pero que éste no se te entrega, como un vistoso adorno, por el simple hecho de haber ingresado en ella, sino que es indispensable, para obtenerle, que le ganes día tras día y sacrificio tras sacrificio". Le habla, también sobre la vocación: "tu vocación ha de fundarse en las cualidades que poseas y en exacto conocimiento de los deberes peculiares que en esta profesión es ineludible cumplir", y recurre para ello al recuerdo de la familia de la alumna: "un hogar modesto y cristiano, pleno de virtudes" en el que sus padres "se amarán como Dios manda" y en el que cada uno cumplirá su función, él desempeñando una ocupación para "alimentar y educar a la prole" y ella, "sintiéndose con firmeza apoyada en el hombre que la llevó al altar, habrá cuidado de ti y de tus hermanos, dedicándolos su paciencia, desvelos y amor". Considera que con todo ello habrá traído un equipaje afectivo y espiritual que constituye su tesoro y le permitirá saber lo que es "el trabajo, el sacrificio, la obediencia, el agradecimiento y la convivencia cariñosa con

otros seres” y que ahora lo que tendrá que hacer es pasar del cariño a los suyos al “cariño al enfermo, por amor de Dios y por tu propio bienestar espiritual y material”. Si en su casa ha tenido la desdicha de no ver tan buenos ejemplos, no debe desanimarse porque puede crear nuevas ilusiones “si llegas a comprender que tus directores y maestros sabrán llenar, con sus consejos, el papel de padres; que en tus compañeras de la Escuela hallarás hermanas amables, y que el trabajo cotidiano será para ti un manantial puro de íntimas satisfacciones”. Ahora es posible que piense que posee esas condiciones básicas, “pero ¿podré soportar y, lo que me parece más difícil, amar la índole especial del trabajo con los enfermos, inherente a toda buena enfermera?”. Para ello le recomienda que sea observadora y que refuerce su conmiseración, respeto y simpatía por los pacientes, siempre y con constancia, que no replique con una frase o gesto desabrido ante sus eventuales impertinencias “sino con humildad y afecto, envueltos en una suave sonrisa de bondad – la poderosa arma femenina – que, apaciguando sus inquietudes, mejorará su carácter”. Le habla también de la dificultad de adaptarse al sufrimiento de otros, sin insensibilizarse “sino sintiéndole, comprendiéndole y compadeciéndole, ya que sólo así aceptado es como llegarás a tener la fuerza de voluntad necesaria para cumplir tu admirable función, que debe semejarse a la de una buena madre”; también del desagrado y la aversión que pueden producirle “los actos naturales y las miserias físicas del cuerpo humano”, pero que “la experiencia enseña que, si no se acentúa la repulsa inicial de modo artificioso, es fácil habituarse a la ayuda que el paciente precisa en este orden de cosas”. Le recomienda, finalmente, que recapacite sobre ello sin dejarse llevar de la fantasía ni del pesimismo y le plantea:

Si no sientes tu vocación decidida con firmeza, o no te encuentras con fuerzas para el duro trabajo, apártate de este camino en el que tu vida será un suplicio y en el que así no podrías pasar de una vulgar medianía, No pierdas tiempo y elige otro más adecuado a tus inclinaciones, deseos y esperanzas.

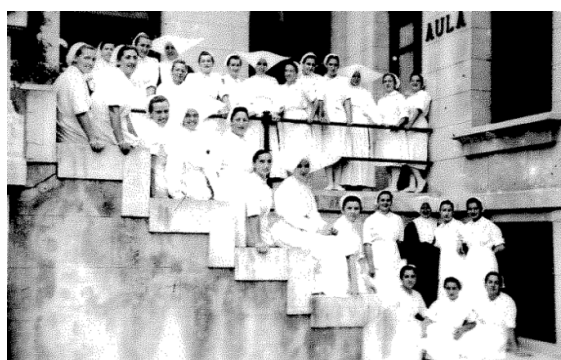
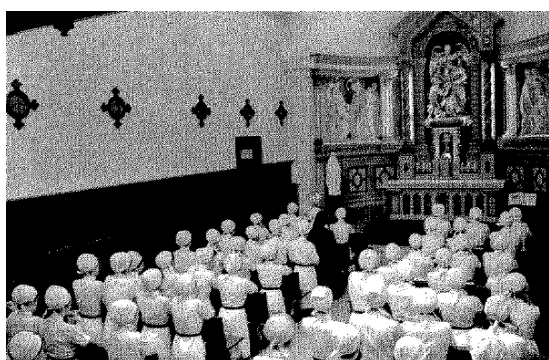
Pero si estás convencida de tu vocación de enfermera, es decir, si sientes en ti ese feliz impulso de convertir lo duro en suave y el deber en placer, sé bienvenida a esta Escuela, en la que todos nos esforzaremos en enseñarte y guiarte con el mejor deseo y la más viva simpatía (pp. 27-38).

En la carta que dirige a la alumna de la EE reflexiona sobre la aportación que le hacen las Hijas de la Caridad y los profesores, sobre la importancia y las características de la amistad y del compañerismo y la protección y tutela que debe ejercer sobre las alumnas que acaban de llegar. También insiste en el contenido de su formación que debe ser no sólo técnica sino también moral y religiosa, “sin la cual correrías el grave peligro de dejar abierto un fácil portillo a las asechanzas y tentaciones que, a toda costa y en todo momento, debes resistir con éxito, so pena de arriesgar tu decoro de enfermera y de mujer” y sobre su relación con los jóvenes médicos:

no permitas el tuteo sistemático y menos aún en los actos de servicio, porque, sin utilidad manifiesta, tiende a crear, de manera artificiosa, un falso ambiente de igualdad entre dos clases de personas, circunstancial y brevemente en contacto, y de características diferentes. Lo indispensable, eso sí, es el trato cortés y respetuoso para la debida compenetración en el trabajo, pero no una fácil prueba, sin valor, de una amistad inexistente e innecesaria. Todo lo demás que pudiera decirte a este respecto y sobre sus eventuales derivaciones espero que no escape a tu fino instinto de mujer prudente (pp. 41-57).

Pero, sobre todo, le hace múltiples recomendaciones, todo un tratado de ellas y en todas las facetas, para superar las dificultades que se le pueden presentar en los cuidados a los enfermos, para llevarlos a cabo adecuadamente y ganar la confianza, no sólo del paciente sino también de sus familias y amigos:

Te contará con gran riqueza de detalles, muchos de ellos superfluos, cómo empezó, cuánto le perturba, que inquietud le produce y te expresará el pesimismo u optimismo con que ante ella se coloca" En este campo casi puedes dejar libre tu fantasía, porque por absurdas, científicamente, que sean tus conclusiones, serán tomadas como artículos de fe, con tal que guarden cierta apariencia de verdad, por quien no anhela otra cosa que dejarse engañar.... Esfuérzate en ser puntual, porque al estar el enfermo pendiente cualquier retraso, por mínimo que te parezca, será para él exagerado, mal recibido e interpretado como falta tuya en los que más le importa: el restablecimiento de su salud. A veces el enfermo rechazará un medicamento, en estos casos debes acudir a tu paciencia y dotes de persuasión. No tiendas a conversar con los enfermos sobre temas que no se relacionan, directa o indirectamente, con su estado; y no sólo porque malgastarías tu tiempo, en detrimento de los deberes que con todos los pacientes a tu cargo tienes, sino también porque, al tratar de asuntos triviales, entra en lo posible que tu papel no sea tan lúcido como el que representas en tu neto puesto de enfermera. Es posible, aunque sea muy rara vez, que, de un modo indudable, notes en un determinado paciente del sexo opuesto, matices en su conversación o actitud que impliquen debilitación en el respeto inalterable que siempre te debe guardar, y tú exigir. En tan incómoda situación el instinto femenino te proporcionará los medios convenientes para mantenerte con elevado decoro; No olvides tampoco que el silencio afable, un bosquejo de sonrisa o una ligera elevación de hombros con sentido y gesto de duda puede ser un modo adecuado de eludir una contestación innecesaria (pp. 41-57).



Alumnas en la capilla y en las escaleras de entrada a uno de los pabellones

También aconseja a una enfermera que finaliza sus estudios sobre la profesión que comenzará a ejercer en seguida y en la que se defenderá con éxito, ya que la ha aprendido bien pero "mantén grabado en tu espíritu que no sólo es una profesión sino, a la vez, un sacerdocio". Le habla del contrato de trabajo y de sus derechos y deberes, insistiendo en que el exacto cumplimiento de sus deberes "constituye la más firme base para hacer valer sus derechos". Le plantea que a partir de este momento se enfrentará a jefes más severos de los que ha encontrado en la CSV y le explica que "desde el momento en que es tu jefe, aunque tenga defectos como todos, debe ser, en tu concepto, una excelente persona y un magnífico médico; y en esa idea tienes que obrar con él". Continúa insistiendo en el respeto que le debe, aunque "esté

malhumorado y sea injusto contigo, e incluso inadecuado” y le recomienda:

debes ser para el jefe una subordinada obediente y educada y una colaboradora inteligente, eficaz, fiel e insustituible. En tus manos está que este segundo papel haga olvidar a tu jefe el primero. Si lo consigues, no te enorgullezcas, para que la modestia sea un mérito más, pero, entonces, habrás conseguido ser una magnífica enfermera (pp. 59-66).

Finaliza su discurso afirmando:

Aquí has aprendido una carrera, has sido tratada con amor, han brotado en ti alegrías e ilusiones y siempre serás recordada con entrañable afecto. Por todo lo que, con la mejor intención, hemos hecho en tu favor, sólo te pedimos dos cosas: la primera, que con la frecuencia que te dicte tu agradecimiento dediques una oración a nuestros beneméritos fundadores, ..., y la segunda, mezcla de ruego y orden, es que siempre honres con tu conducta ejemplar el distintivo que acaban de prender en tu pecho y que representa a tu Escuela y a la Casa de Salud Valdecilla. Si nos complaces, y eso espera de ti el Consejo Médico, nos habrás hecho el obsequio que más podemos apetecer (pp. 66-67).

Como puede observarse a través del Manual de la Enfermera que era el libro de texto de las alumnas de la EE, la formación en ella distaba mucho, al menos en cuanto amplitud de contenidos teóricos, de lo definido para la titulación de enfermera en la España de la época. Durante estas tres décadas dichos manuales apenas sufrirán cambios en las sucesivas cinco ediciones que se publicarán entre 1938 y 1952. Respecto a la primera edición solamente se elimina una de las materias que serán nueve, en lugar de diez, en las otras cinco ediciones. Así mismo, disminuye ligeramente el número de temas que son ciento cuatro en la primera edición y oscilan entre ochenta y tres y ochenta y siete en el resto (Usandizaga, 1934; Usandizaga, 1938; Usandizaga, 1940; Usandizaga, 1943; Usandizaga, 1950; Usandizaga, 1952). Estos datos contrastan con las treinta y cuatro lecciones del Programa Oficial de 1932 y las treinta y tres teóricas y nueve prácticas de 1941.

Entre 1930 y 1954, años en que se imparte este plan de estudios de Enfermera, ingresarán en la EE 1.102 alumnas, de las que 469 no finalizará sus estudios en ella (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012b; Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1932-1971).

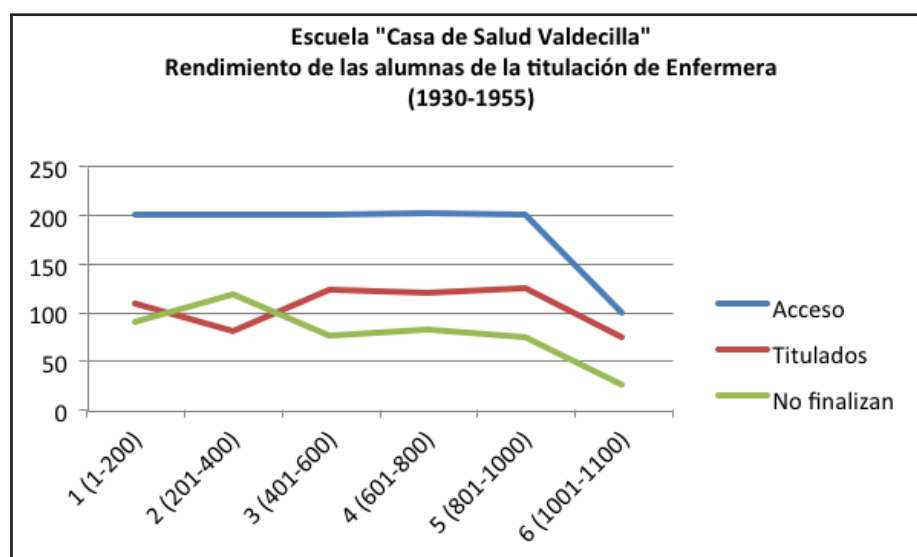


Gráfico 1. Elaboración propia a partir de los Libros de Matrícula y de Títulos expedidos.

6.2.2 La Enfermería técnica: el título de Ayudante Técnico Sanitario (1954 - 1979).

Como hemos visto en el capítulo anterior, el título de ATS supone una nueva regulación tanto de los requisitos de ingreso en las Escuelas como de la formación que se impartirá en ellas. Se exige, para el acceso, estar en posesión del título de bachiller elemental, poseer las condiciones físicas y de salud necesarias, ser "presentado en la Escuela por dos personas de reconocida solvencia moral" y argumentar las motivaciones por las que se desea seguir estos estudios. Una vez franqueados estos pasos se deberá, someter a una entrevista personal, aprobar el examen de ingreso y superar satisfactoriamente el reconocimiento médico y un período de prueba de tres meses, durante el que las Escuelas "tendrán potestad para seleccionar a los alumnos matriculados y solo permitirán continuar sus estudios a aquellos que hayan demostrado poseer condiciones físicas, morales e intelectuales y vocación para el ejercicio de la profesión, con arreglo al informe suministrado por Profesores, Instructores y Jefes de servicio" (ORDEN de 4 de julio de 1955 por la que se dictan normas para la nueva organización de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios).

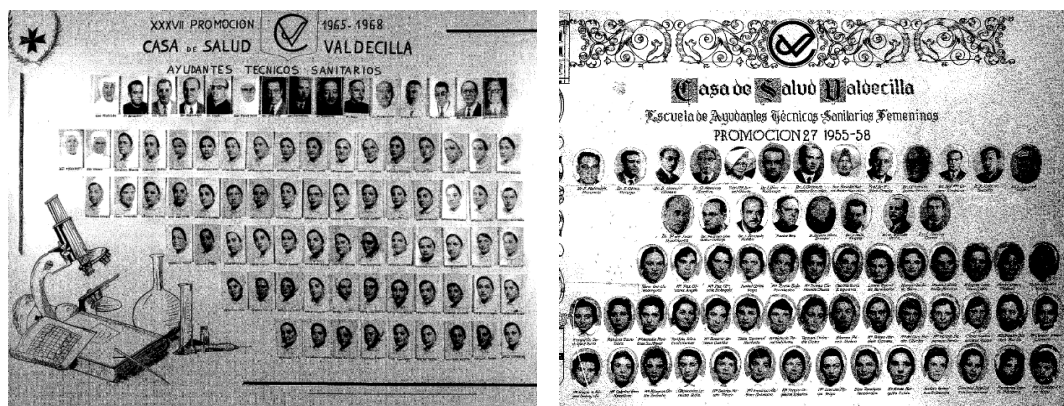
La formación tendrá una duración de tres años y se realizará en régimen de internado, solamente en las escuelas femeninas. En el Plan de Estudios se incluyen materias nuevas, en especial relacionadas con la formación moral, religiosa, política y la educación física. En las escuelas femeninas se cursará, además, la asignatura de la Enseñanza del Hogar y, en las masculinas, la de autopsia médico-legal. Los exámenes finales de cada curso serán realizados por Tribunales de las Facultades de Medicina y comprenderán preguntas y ejercicios de todas las disciplinas cursadas durante el año.

El nuevo plan de estudios no supuso para la EE un aumento de la formación previa exigida puesto que ya con la anterior regulación del título de Enfermera, en 1941, se había incorporado la exigencia de Bachiller; ni del resto de los requisitos de acceso, muchos de los cuales se exigían desde su inicio. Sí se incorporan durante ella nuevos contenidos teóricos, como puede observarse en las tres siguientes, y últimas, ediciones del Manual, que pasará a denominarse de la Enfermera y del Practicante (Usandizaga, 1958; Usandizaga, 1964; Usandizaga, 1970). En estas ediciones desaparecen dos materias que había anteriormente, "La Enfermera" y "Química", y disminuyen ostensiblemente los contenidos de las "Técnicas del Cuidado de los Enfermos" que pasa de veintisiete a cinco temas y se denomina ahora "Prácticas de Asistencia a los Enfermos". Además, en la primera edición, se añadirán once materias nuevas que se reducirán a diez en las dos siguientes.

Como hemos comentado, la EE es ratificada como Escuela de Enfermeras en 1954 y, un año después, se denominará de ATS femeninos, dependiente de la Universidad de Valladolid (ORDEN de 24 de abril de 1954 por la que se ratifica la ORDEN de creación de la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander; ORDEN de 11 de julio de 1955, por la que se denominan Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos a las actuales Escuelas de Enfermeras).

Estos cambios, tanto de plan de estudios como de denominación de la titulación, se llevarán a cabo en la EE sin transición. En el curso 1954/55 comienza el nuevo Plan de Estudios de Enfermera, que se denomina *Plan Moderno*, y las mismas alumnas finalizaran el curso siguiente el segundo curso de ATS, pero no sólo eso, sino que las de tercero - que habían comenzado con el plan viejo de enfermeras - obtendrán también el título de ATS en el verano de 1955, tal y como se observa en las Actas. También, a partir del curso 1954/55, figuran Actas de la Universidad de Valladolid, tanto de los exámenes de ingreso, para la selección de las cuarenta alumnas que se admiten, como de los finales de cada curso. Unos años más tarde, desde el mes de mayo de 1972, habrá Actas oficiales de todas las asignaturas, incluidas las prácticas. En

el curso siguiente las Actas ya corresponderán a la Universidad de Santander (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012a), creada en 1972 (DECRETO 2566/1972, de 18 de agosto, por el que se crean las Universidades de Córdoba, Málaga y Santander), ya que la EE se adscribirá a su Facultad de Medicina (ORDEN de 2 de febrero de 1973 por la que se adscribe a la Facultad de Medicina de la Universidad de Santander la Escuela Femenina de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander, con las especialidades de Asistencia Obstétrica, Fisioterapia y la de Radiología y Electrología).



Orlas de dos promociones de ATS

A través de las Actas puede observarse también cómo, a partir del curso 1954/55, se imparten a las alumnas las asignaturas de Moral Profesional - la de Religión ya existía desde el inicio de la EE -, Cocina, Corte y confección, Educación Física, N.S y Formación complementaria (ésta no se especifica en qué consiste y la anterior no se sabe a qué asignatura corresponde). Estas asignaturas parece que son impartidas por la Sección Femenina de la Delegación Provincial de Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S. ya que, a partir de junio de 1955, las Actas con las notas de cada curso aparecen firmadas por un Tribunal compuesto por las tres Regidoras Provinciales de Cultura, Formación y Divulgación. A partir de 1964, estas asignaturas se convalidarán a las alumnas que estén en posesión del título de Bachiller Superior (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012a).

En el cuadro expuesto a continuación pueden observarse las asignaturas que se impartieron durante este plan de estudios (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012a):

Asignaturas impartidas en el Plan de Estudios de ATS
Escuela "Casa de Salud Valdecilla" (cursos 1954/1955 a 1979/1980)

Primer curso	<ul style="list-style-type: none"> - Anatomía funcional - Higiene general - Histología y Biología - Microbiología y Parasitología - Patología general - Moral profesional 	<ul style="list-style-type: none"> - Religión - Formación complementaria: Educación física, Formación política y Enseñanzas del hogar - Prácticas
Segundo curso	<ul style="list-style-type: none"> - Historia de la profesión - Patología médica - Patología quirúrgica - Psicología - Terapéutica y Dietética - Moral profesional 	<ul style="list-style-type: none"> - Religión - Formación complementaria: educación física, formación política, y enseñanzas del hogar - Prácticas
Tercer curso	<ul style="list-style-type: none"> - Especialidades quirúrgicas - Ginecología y Obstetricia - Higiene y profilaxis de las enfermedades transmisibles - Medicina y cirugía de urgencias - Medicina social - Puericultura e higiene de la infancia 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicología diferencial aplicada - Moral profesional - Religión - Formación complementaria: educación física, formación política, y enseñanzas del hogar - Prácticas

Tabla 2. Elaboración propia a partir de los Libros de Actas de los exámenes.

No hemos encontrado en los archivos de la EE información detallada sobre el modo en que se organizaron las actividades de formación de las alumnas, como los horarios de las prácticas o de las clases. Sin embargo, se conservan algunos documentos en las Carpetas de los Expedientes de cada estudiante, a través de los cuales podemos obtener datos indirectos sobre alguno de estos aspectos. Así, en las correspondientes a las alumnas de los primeros cincuenta años, se puede encontrar información sobre datos personales y de filiación, fotografías, la solicitud manuscrita para el ingreso, las cartas de recomendación y el reconocimiento médico. Además, los exámenes y pruebas que realizaban para ingresar, los exámenes que realizaron durante su formación, la correspondencia que mantuvieron ellas y sus familias con la EE y el compromiso firmado, también por ellas y sus familias, de haber leído el Reglamento y, enterados de su contenido, comprometerse a cumplirlo.

El Reglamento que se comprometían a cumplir en esta época, que nos ha sido facilitado por la alumna de la promoción 1960/63, Pilar Peralta, no sólo era para las alumnas sino también para los Servicios de Enfermeras. Este Reglamento constituye un compendio de normas que definían muchos aspectos del funcionamiento, tanto de la EE como del Hospital así como el régimen disciplinario al que estaban sometidas alumnas y enfermeras. Constaba de 16 artículos que transcribimos a continuación (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1960):

1. HORA DE LEVANTARSE.- Se las llamará a las seis y media. Deberán levantarse, vayan o no vayan a misa. Dejarán las habitaciones en orden e irán ellas mismas bien arregladas.
2. DESAYUNO.- A las siete y media se les servirá el desayuno, durante el cual no deberán entretenerse en el comedor más del tiempo necesario.

3. SERVICIO.- A las ocho entrarán al servicio las que no hayan reemplazado a la vela y firmarán en el libretín correspondiente, que estará en el cuarto de Enfermeras. Durante las horas de servicio no saldrán del pabellón si no es con causa justificada; no se permitirán tampoco utilizar el teléfono por motivos personales ni recibir visitas.

COMIDAS.- Se servirán en cuatro turnos: a las doce, una, dos y tres. Todas aquellas a quienes el servicio se lo permita, irán al turno de la una; el de las doce es para las que hacen servicio de una a cuatro; el de las dos, para las de consultas, laboratorios, etc., que no hayan podido ir a los anteriores, y el de las tres, para las de vela. Lo mismo la comida que la cena, sólo se servirá a las que lleguen dentro de la media hora, a partir del comienzo del servicio. Las que coman en el turno de las tres, no podrán llegar más tarde de las tres y cuarto.

4. SERVICIO DE LA TARDE.- Estará en relación con las horas de clase, que van indicadas en una hoja especial. Cuando por un motivo imprevisto sea necesario cambiar las horas, se indicará por medio de la cartelera.

MERIENDA.- Se servirá de cuatro y media a cinco y media.

5. CENAS.- Se servirá en dos turnos: a las siete, para las de vela y las que tengan libre; a las ocho, para las restantes.

Sin un permiso especial no podrán faltar a ninguna de las tres principales comidas, el control se lleva mediante unas tarjetas que se entregan a cada alumna a primeros de mes y que debe de presentar a la Hermana encargada del comedor.

Está prohibido llevar o hacerse llevar por una compañera comida desde el comedor. Cuando lleguen tarde al mismo por una causa justificada, lo dirán a la Hermana encargada, quien determinará dónde han de tomar lo que necesiten.

6. HORAS DE SILENCIO.- A las diez se cerrará la puerta de la Residencia, y a partir de esa hora procurarán no hacer ruido. A las once se apagará las luces.
7. VISITAS.- Recibirán las visitas durante las horas libres en el recibidor de la Residencia, nunca en sus habitaciones ni en los pabellones donde presten servicio.
8. SALIDAS.- Pueden salir dos tardes a la semana, después de haber asistido a clase, y procurarán estar en la Residencia antes de las diez. Si por un motivo imprevisto llegasen más tarde de la hora señalada, deberán buscar a la Hermana de vela para que les abra la puerta, y a la mañana siguiente, antes de entrar al servicio, se presentarán a la Madre para justificar su retraso.
9. RECREOS.- Se les recomiendo los hagan en el salón, galería, tennis y parque. Está prohibido hacer grupos o tertulias fuera de la Residencia, en los pabellones o pasillos del Hospital, que son lugares donde deberá guardarse silencio. Tampoco se acercarán, vestidas de uniforme, a la portería.
10. DE SUS HABITACIONES.- Procurarán tenerlas siempre en orden. Dejarán las camas hechas y las habitaciones limpias antes de ir al servicio. No cambiarán de habitación, ropa, almohadas, muebles, etc.; tampoco llevarán a las mismas medicamentos ni utensilios procedentes de consultas, Laboratorios, pabellones o del comedor. Cuidarán de no dejar grifos abiertos, luces encendidas, planchas o infiernillos enchufados

al salir. Tendrán cuidado de abrir y cerrar las puertas con precaución para evitar que se deterioren las paredes y cerraduras.

Se apagarán las luces desde las once de la noche hasta las seis de la mañana.

11. Cuando hayan de guardar cama pasarán a la enfermería de la Residencia o al pabellón que se les indique por el tiempo que se les señale.
 - a) Si por falta de salud, tuviesen que interrumpir durante un mes, la marcha de la Escuela, en servicios, clases, etc. al ser dadas de alta tendrán que reintegrarse a la familia y dar por perdido el curso, que podrán comenzar de nuevo en octubre.
 - b) Si por asuntos familiares tuviera que ausentarse más de quince días de la Escuela, no podrán aprobar el curso
12. ASEO PERSONAL.- Irán siempre cuidadosamente vestidas, el uniforme impecable, los cabellos recogidos. No llevarán alhajas de ningún género ni irán pintadas; llevarán las uñas cortadas en redondo.

La ropa usada la entregarán en las bolsas correspondientes los lunes y jueves y les será devuelta los miércoles y sábados. No tienen derecho a reclamar ropa que no esté marcada o que no haya sido anotada en la lista que debe acompañar cada bolsa que se manda al lavadero.

13. VELAS.- La nombrada de vela estará a las ocho en el pabellón que le corresponda y no saldrá del mismo hasta las seis y media. No podrá abandonar el servicio mientras no la reemplacen. Antes de hacerse cargo de la vela examinará el parte correspondiente para comprobar si las instrucciones que se le dan en el mismo están suficientemente claras y si tiene a su disposición todos los medicamentos que necesitará durante la noche.

Si necesitase algún medicamento que no ha sido previsto avisará inmediatamente a la Hermana de vela y no saldrá ella misma fuera del pabellón.

No se dejará acompañar por ninguna persona que no esté de servicio en el mismo pabellón, aunque sea una compañera.

Si necesita de la asistencia del médico para algún enfermo, no se entretendrá hablando más del tiempo necesario.

Deberá hacerse respetar de los enfermos por su seriedad y exacto cumplimiento del deber.

14. REEMPLAZOS.- La señorita que reemplazará a la de vela se levantará a las seis y estará en el servicio antes de las seis y media. Deberá levantarse cuando la llamen, aunque crea que no le corresponde y que la llaman equivocadamente. Atenderá a todos los enfermos mientras llegan sus compañeras y se preocupará de preparar los que vayan a comulgar, para que Nuestro Señor sea recibido con el mayor respeto. Cuando lleguen las demás alumnas irá a desayunar y volverá al servicio a las nueve.
15. OBEDIENCIA Y PUNTUALIDAD.- Deberán saber que la nota de régimen interior pesa tanto en su carrera como la nota de examen, y que en ella se tiene en cuenta, además de sus cualidades de bondad, abnegación, etc., su puntualidad y obediencia.

Deberán vivir pendientes de la hora y no retrasarse sin causa justificada al entrar al servicio o ir a clase, pensando que su retraso desorganiza y altera el orden, no sólo del servicio en que están destinadas, sino en todo el complicado engranaje de servicios de la Casa.

No se permitirán censurar las órdenes que reciban sean de los médicos o personas que tienen autoridad sobre ellas, limitándose a cumplirlas con rectitud e inteligencia; de esta forma no se equivocarán y quedará a salvo su responsabilidad.

Abonarán muebles, ropas, objetos, etc, que por indebido uso deterioren.



Alumnas de ATS de finales de los años sesenta

Además del Reglamento, a las alumnas de nuevo ingreso se les entregaba una hoja con el equipo que necesitaban, tanto de ropa como de otro material en el que también constaba el importe del uso del material – 300 pesetas trimestrales – y de los uniformes – 700 pesetas al ingresar y 550 una vez aprobado el primer curso – y la capa – 325 pesetas - que eran proporcionados por la EE. En posteriores documentos observamos que el coste de la estancia en la EE aumentó ostensiblemente a partir de 1964, pasando a ser de 600 pesetas mensuales en primer curso, 500 en segundo y 200 en tercero, aunque algunas alumnas podían solicitar la exención de este pago “siempre que sean merecedoras de esta dispensa, por su conducta y aplicación”.

La alumna que nos proporcionó los documentos anteriores nos facilitó, también, las copias de algunos de los avisos de faltas que le comunicaron durante su estancia en la EE:

“Se le advierte ha cometido una falta, llegando a las 10 y cuarto de la noche”. 1º AVISO. 5 octubre de 1960. Firmado por Sor Suárez.

“Se le advierte de una falta por haber salido sin permiso el día 12 y no haber ido a cenar”. 1º y 2º AVISOS. 14 de mayo 1962. Firmado por Sor M^a Isabel Cueto.

"Se le advierte de una falta por haber ido a desayunar después de la revista". 5º AVISO. 4 de julio de 1962. Firmado por Sor Rosalía Suárez.

"Se le advierte de una falta por no haber ido a comer el día 15 de agosto y haber salido de 1 a cuatro". 1º y 2º AVISOS. 17 de agosto 1962. Firmado por Sor Rosalía Suárez.

En las reuniones que realiza el Patronato de la Fundación durante las décadas cincuenta y sesenta se tratan pocos temas relacionados con la EE. En la de 18 de enero de 1962 interviene su Director para tratar algunos aspectos del funcionamiento de la CSV, en relación con la utilización por el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) de uno de sus pabellones. Recordemos que el inicio de este Plan de Estudios coincide con la reorganización de la Fundación para solucionar los graves problemas económicos que arrastra y que éstos comenzarán a remediarse al firmar un nuevo convenio con el SOE para la utilización del Pabellón ocho, lo que se producirá en este año. Ante esta nueva situación, y a solicitud de la Superiora de la Comunidad religiosa, plantea Lamelas la necesidad de que en este pabellón se adopten los criterios y normas de la CSV para evitar problemas de competencias y dificultades en el funcionamiento de la EE (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1960-1968):

le interesa hacer constar su criterio en relación con las funciones que ha de desempeñar la Madre Superiora en el Pabellón cedido al S.O.E., que deben ser similares a las que tiene en el resto de la Casa de Salud, de inspección, vigilancia y ordenación del personal auxiliar, en particular de las alumnas de nuestra escuela que han de prestar servicios en el citado pabellón, las cuales deben estar siempre bajo la suprema autoridad de la Madre Superiora, con el objeto de que no exista interferencia entre el trabajo en las clínicas y las horas que tienen destinadas al estudio teórico-práctico en su calidad de alumnas de la Escuela. Lo mismo en lo relativo a las normas de vigilancia en cuanto a comportamiento, moralidad, disciplina en el trabajo, etc., cosa que no podría delegar en ninguna otra persona.

....

que considera indispensable para obtener el buen resultado de la misma, continuar con las normas ya tradicionales, que tan excelente fruto han producido, como lo acredita la alta estima en que se tiene a nuestras enfermeras en todo el ámbito nacional y hasta internacional, por lo que la experiencia de 32 años de funcionamiento de la Escuela aconseja continuar con esas normas, que han dado, como se apunta, resultados satisfactorios, temiendo que el introducir cualquier modificación en ellas pueda ser perjudicial para la buena marcha del Centro (pp. 15bis-16).

El resto de los temas que sobre la EE y la enfermería tienen su reflejo en las Actas de las sesiones de la Fundación, se refieren a aspectos puntuales, como:

- La aprobación del presupuesto para las obras de adaptación de la primera planta del pabellón 16 para residencia de enfermeras, en febrero de 1960 (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1953-1960).
- El fallecimiento de una enfermera, alumna recién terminada, debido a las quemaduras que sufre en un accidente ocurrido en el quirófano, en 1963 (Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla", 1960-1968).

- El donativo de diez millones de pesetas que realiza una persona para la nueva Escuela de Enfermeras, en 1968 (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1960-1968), p. 88 bis-89.
- El comienzo de las obras del nuevo edificio de la EE, en 1970. El edificio se inaugurará al año siguiente, sin haber finalizado su construcción, en un acto presidido por los Príncipes de España. Se propone a la Princesa que acepte ser la madrina, tal como lo fue la Reina Victoria Eugenia cuando se inauguró la EE en 1930 (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1969-1974), p. 81 y 88.



Paso del Ecuador de promoción de ATS 1967-70

A partir de 1972 la EE formará parte del Centro Médico Nacional “Marqués de Valdecilla”, sin que desaparezca su dependencia, en cuanto a propiedad patrimonial y representatividad oficial de la misma, de la nueva Fundación Pública de Servicios Médico Asistenciales “Marqués de Valdecilla” (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988), p. 5. Este mismo año se traslada a la EE, desde el Jardín de Infancia perteneciente a la Fundación, el cuadro de la Marquesa de Pelayo (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1969-1974), pintado por Fernando Calderón, que ha permanecido en el Salón de Actos de la EE hasta su derribo derivado de las obras del Hospital, por lo que desde entonces se sitúa en su Sala de Juntas.



En Alhucza Real doña Sofía, se nombra Enfermera de Honor de la Casa de Salud Valdecilla. El Presidente de la Excma. Diputación de Santander, Sr. González Echegaray, le impone la insignia de enfermera de la Casa.



Los Príncipes de España inauguran el nuevo edificio de la Escuela (21-08-1971)

En el verano de 1973 las vacaciones escolares de las alumnas de la EE, que parece que se les van a reconocer por primera vez, plantea dificultades de funcionamiento al Centro Médico (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1969-1974), pp. 158 y 165):

el problema que se suscita con motivo de las vacaciones en la Escuela de Enfermeras, ya que siendo obligatorio concederlas por tres meses, se plantean situaciones graves ante la escasez de este personal, aún cuando hasta ahora sólo se está concediendo un mes de vacaciones, siendo totalmente necesario contratar determinado número de enfermeras que forzosamente habrá que hacerlo con arreglo a los sueldos que rigen en la Seguridad Social.

Mediada la década de los setenta, la organización de la EE y las características de la formación inician una lenta transformación, promovida por las reformas que se están llevando a cabo en el sistema educativo y en las enseñanzas de grado medio y superior. Así, el Consejo de Gobierno de la Fundación, en su sesión de 20 de agosto de 1975, propone solicitar a la Dirección General de Enseñanza Universitaria, a través del Presidente de la Comisión Gestora de la Universidad de Santander, la conversión de la EE en mixta, creando una sección masculina para la que se admitirán un máximo de 15 alumnos por curso. Se solicita, así mismo, que el cargo de Director sea desempeñado por un catedrático de la Facultad de Medicina, para lo que se acompañan los antecedentes que hacen aconsejables estas peticiones (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1974-1978), pp. 112-113.

De este modo, la EE se transforma en mixta desde el curso 1976/77 (ORDEN de 15 de octubre de 1976, por la que se crea una Sección independiente, rama masculina, en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la "Casa de Salud Valdecilla", de Santander; ORDEN de 26 de abril de 1976 por la que se autoriza el funcionamiento provisional, a partir del curso académico 1976-77, de una sección masculina en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la "Casa de Salud Valdecilla", de Santander, y teniendo en cuenta las circunstancias especiales que concurren en el caso) y, por consiguiente, se extingue la obligatoriedad del internado (Nespral, 2004). También, en el Acta de la Sesión del Consejo del mes de agosto de 1977, figurará el nombramiento, como Director de la EE, de Juan José Jordá, profesor agregado interino del área de Fisiología de la Universidad (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1974-1978) que ocupará el puesto hasta 1980. Este cargo había sido siempre ocupado por Jefes de Servicio del Hospital, ya que a Usandizaga le sucedieron Jose Antonio Lamelas, de Cardiología, que continúa firmando las Actas hasta 1972 y, entre 1973 y 1977: Antolín Mellado, de Microbiología, Cesar Llamazares, de Nefrología, y Javier García-Conde, de Medicina Interna.

En este mismo año, 1977, se integran en la Universidad las Escuelas de ATS (REAL DECRETO 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de la Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería) y se publican las directrices para la elaboración de los nuevos Planes de estudio de Diplomado en Enfermería (ORDEN de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería), que orientarán la formación a las nuevas necesidades y planteamientos que sobre la salud, los sistemas sanitarios y las competencias profesionales se estaba haciendo en el mundo.

Paralelamente, el Consejo de Gobierno de la Fundación comienza a tomar decisiones en ese sentido. En el Acta de la sesión celebrada en el mes de noviembre de este año, 1977, se plantea "la solicitud de concesión de carácter de Escuela Universitaria de Enfermería para

nuestra Escuela de A.T.S.” y se informa que el Claustro de la EE: “ha acordado aceptar la propuesta del Consejo para solicitar el que se conceda a dicha Escuela Universitaria de Enfermería, pero aplazando dicha solicitud para el próximo año” (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1974-1978), p. 188. En la sesión de finales de diciembre del año siguiente se comunica que la Diputación Provincial ya ha cursado la solicitud para esta reconversión (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988), p. 29, y, en la de veintisiete de agosto de 1979, que el Ministerio exige para la continuidad de la EE y su transformación en Universitaria: “el compromiso de la Diputación de correr con los gastos que la misma ocasiona en cuanto a profesorado durante seis años, y que para ello la Corporación Provincial adoptaría los acuerdos pertinentes en la próxima sesión plenaria” (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988), p. 29. Al año siguiente, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) se ofrecerá a colaborar económicamente en el sostenimiento de la EE y el Comité de Gestión y Gobierno del Centro Médico propone al INSS “que el Centro Médico continúe llevando la gestión económico-administrativa de la EUE de la CSV” (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988), p. 47b.

Sin embargo, apenas se observan cambios en las normas de funcionamiento de la EE durante la década final de este plan de estudios. El Reglamento apenas se modifica y se complementa con unas Normas de Régimen Interior que flexibilizan ligeramente los horarios y que permiten a las alumnas pasar alguna noche fuera de la Residencia. A continuación se reproducen el Reglamento y las Normas de Régimen Interior correspondientes al curso 1975/1976, figurando en *cursiva* o ~~tachados~~ los cambios respecto al Reglamento anterior (Escuela de Enfermeras “Marqués de Valdecilla”, curso 1975/76):

1. HORA DE LEVANTARSE.- *Se levantarán una hora antes del servicio.* Dejarán las habitaciones en orden e irán ellas mismas bien arregladas.
2. DESAYUNO.- A las siete y *cuarto* se les servirá el desayuno, durante el cual no deberán entretenerse en el comedor más del tiempo necesario. *La asistencia es obligatoria.*

3º Revista.- A las ocho menos diez se presentarán a la Hermana encargada de su curso, quien pasará lista y les dará los avisos convenientes.

3. SERVICIO.- A las ocho entrarán al servicio ~~las que no hayan reemplazado a la vela y firmarán en el libretín correspondiente, que estará en el cuarto de Enfermeras, se reunirán para leer el parte de la noche y recibir las órdenes de la Hermana encargada.~~ Durante las horas de servicio no saldrán del pabellón si no es con causa justificada, y *con el permiso de la Hermana Jefe del Servicio y de la Hermana de la Escuela;* no se permite tampoco utilizar el teléfono por motivos personales, ni recibir visitas.

COMIDAS.- Se servirán en *tres* turnos: a las doce, una, dos ~~y tres~~. Todas aquellas a quienes el servicio se lo permita, irán al turno de la una; el de las doce es para las que hacen servicio de una a cuatro; el de las dos, para las de consultas, laboratorios, etc., que no hayan podido ir a los anteriores, ~~y el de las tres, para las de vela.~~ Lo mismo la comida que la cena, sólo se servirá a las que lleguen dentro de la media hora, a partir del comienzo del servicio. ~~Las que coman en el turno de las tres, no podrán llegar más tarde de las tres y cuarto.~~

4. SERVICIO DE LA TARDE.- Estará en relación con las horas de clase, que *pueden variar según los profesores* ~~van indicadas en una hoja especial.~~ Cuando por un motivo imprevisto sea necesario cambiar las horas, se indicará por medio de la cartelera.

MERIENDA.- Se servirá de cuatro y media a cinco y media.

5. CENAS.- Se servirán ~~en dos turnos~~: a las siete, para las de guardia ~~vela~~ y las que tengan libre, éstas si desean cenar fuera pueden hacerlo apuntándose a bocadillo al mediodía. La cena para las restantes será a las ocho.

~~Sin un permiso especial no podrán faltar a ninguna de las tres principales comidas ni al desayuno ni a la comida, el control se lleva mediante unas tarjetas que se entregan a cada alumna a primeros de mes y que debe de presentar a la Hermana encargada del comedor.~~

~~Está prohibido llevar o hacerse llevar por una compañera comida desde el comedor. Cuando lleguen tarde al mismo por una causa justificada, lo dirán a la Hermana encargada, quien determinará dónde han de tomar lo que necesiten.~~

9ª. Santa Misa.- La Misa no es obligatoria, se celebran en la Casa dos misas diarias, una a la 1 de la tarde y otra a las ocho de la noche en el oratorio. Por ser una escuela católica es obligatorio un acto religioso a la semana, que sirva de ofrenda de la Escuela al Señor; por ello se organiza una Misa los sábados por la noche a las 10 y media cuya asistencia es obligatoria.

HORAS DE SILENCIO.- A las diez y media se cerrará la puerta de la Residencia, y a partir de esa hora procurarán no hacer ruido. A las once y media se quedará todo en gran silencio y a las 12 tienen que estar las luces apagadas ~~apagarán las luces.~~

Se permite ver la T.V. a fin de programa, dos días a la semana.

6. VISITAS.- Recibirán las visitas durante las horas libres en el recibidor de la Residencia, nunca en sus habitaciones ni en los pabellones donde presten servicio.

Si desean enseñar la Residencia a sus familiares lo harán con permiso y adelantándose a la visita para ver si está todo en orden.

7. SALIDAS.- Pueden salir ~~en sus ratos libres dos tardes a la semana~~, después de haber asistido a clase, y procurarán estar en la Residencia antes de las diez y cuarto. Si por un motivo imprevisto llegasen más tarde de la hora señalada, deberán buscar a la Hermana de vela para que les abra la puerta, y a la mañana siguiente, antes de entrar al servicio, se presentarán a la ~~Superiora Madre~~ para justificar su retraso. *No está permitido salir de noche, únicamente en ocasiones excepcionales, con un permiso especial de la misma Superiora y con una carta dirigida a ella de los mismos familiares, se le permitirá pasar la noche fuera de Residencia, siempre que sea con sus padres.*

No se les permite dentro del Hospital sean acompañadas de sus novios y otros muchachos, a los que despedirán antes de llegar a la portería. Dentro del recinto del Hospital se les exigirá la mayor seriedad y dignidad. Deben recordar su condición de alumnas de la Escuela.

8. RECREOS *Tiempo libre.*- Se les recomiendo los hagan en el salón, galería, tennis y parque. Está prohibido hacer grupos o tertulias fuera de la Residencia, en los pabellones o pasillos del Hospital, que son lugares donde deberá guardarse silencio. Tampoco se acercarán, vestidas de uniforme, a la portería.

9. DE SUS HABITACIONES.- Procurarán tenerlas siempre en orden. Dejarán las camas hechas y las habitaciones limpias antes de ir al servicio. No cambiarán de habitación: ropa, almohadas, muebles, etc.; tampoco llevarán a la misma medicamentos ni utensilios procedentes de consultas, laboratorios, pabellones o del comedor. Cuidarán de no dejar grifos abiertos, luces encendidas, planchas o infiernillos enchufados al salir. Tendrán cuidado de abrir y cerrar las puertas con precaución para evitar que se deterioren las paredes y cerraduras. *No está permitido tener comidas en las habitaciones y mucho menos condimentarlas.*

~~Se apagarán las luces desde las once de la noche hasta las seis de la mañana.~~

10. *Enfermería.*- Cuando han de guardar cama, pasarán a la Enfermería de la Residencia ~~o al pabellón que se les indique por el tiempo que se les señale~~ *donde no podrán ser visitadas sin un permiso especial de la Directora de la Escuela.*

Si por falta de salud, tuviesen que interrumpir durante un mes, la marcha de la Escuela, en servicios, clases, etc. al ser dadas de alta tendrán que reintegrarse a su familia y dar por perdido el curso, que podrán comenzar de nuevo en octubre.

Está prohibido tomar medicamentos sin el conocimiento de la Directora de la Escuela, no solo en los pabellones sino también en la Enfermería.

No deben consultar su enfermedad a ningún médico sin el permiso de la Directora.

Si por asuntos familiares tuviera que ausentarse más de quince días de la Escuela, no podrán aprobar el curso.

11. ASEO PERSONAL.- Irán siempre cuidadosamente vestidas, el uniforme impecable, los cabellos recogidos. No llevarán alhajas de ningún género ni irán pintadas; llevarán las uñas cortadas en redondo. *Harán uso de la ducha, por lo menos una vez al día, al terminar de usarla, dejarán en perfecto orden y limpias para que inmediatamente puedan ser usadas por otras alumnas.*

17. *Uniformes.*- *Deberán usarlo siempre completo. En la Residencia deberán estar vestidas de calle. El uso de la bata solo está permitida a las horas de acostarse o levantarse.*

Les está permitido el uso de pendientes, únicamente con una perla blanca pequeña. No pueden salir uniformadas a la calle a no ser en circunstancias especiales y con permiso.

La ropa usada la entregarán en las bolsas correspondientes los lunes y jueves y les será devuelta los miércoles y sábados. No tienen derecho a reclamar ropa que no esté marcada o que no haya sido anotada en la lista que debe acompañar cada bolsa que se manda al lavadero.

18. *Clases.*- *Serán puntuales en acudir a ellas, como lo exige la deferencia al Profesor.*

Si llegan tarde, después explicarán a la Directora el motivo de su retraso. La asistencia es obligatoria, si por causa del servicio se ve obligada a llegar tarde, avisará con anticipación para que se pueda buscar un medio de reemplazar el servicio.

La falta de asistencia a tres clases no justificadas es motivo para la no presentación a examen.

Toda relación con el Profesor tiene que ser por mediación de la Directora de la Escuela.

12. VELAS.- *Las Srtas. de guardia de noche estarán a las 10 y cuarto en el Pab. 15, para recibir los avisos que pueda darles la Hermana de la Escuela y se dirigirán al Pabellón que les corresponda, donde permanecerán hasta las 8 de la mañana.*

~~La nombrada de vela estará a las ocho en el pabellón que le corresponda y no saldrá del mismo hasta las seis y media.~~

No podrá abandonar el servicio mientras no la reemplacen. Antes de hacerse cargo del servicio ~~la vela~~ examinará el parte correspondiente para comprobar si las instrucciones que se le dan en el mismo están suficientemente claras y si tiene a su disposición todos los medicamentos que necesitará durante la noche.

Si necesitase algún medicamento que no ha sido previsto *o tuviera que llamar al médico* avisará inmediatamente a la Hermana de *guardia* ~~vela~~ y no saldrá ella misma fuera del pabellón.

No se dejará acompañar por ninguna persona que no esté de servicio en el mismo pabellón, ~~aunque sea una compañera.~~

Si necesita de la asistencia del médico para algún enfermo *grave*, no se *parará a hablar* ~~entretendrá hablando~~ más del tiempo necesario.

Deberá hacerse respetar de los enfermos por su seriedad y exacto cumplimiento del deber.

13. REEMPLAZOS.- *Antes de hacerse cargo del servicio examinarás con sumo cuidado el parte correspondiente para comprobar si las instrucciones que se le dan en el mismo están suficientemente claras, procurando enterarse de los enfermos más graves y cumplirán con todas las diligencias lo más urgente.* ~~La señorita que reemplazará a la de vela se levantará a las seis y estará en el servicio antes de las seis y media. Deberá levantarse cuando la llamen, aunque crea que no le corresponde y que la llaman equivocadamente. Atenderá a todos los enfermos mientras llegan sus compañeras y se preocupará de preparar los que vayan a comulgar, para que Nuestro Señor sea recibido con el mayor respeto. Cuando lleguen las demás alumnas irá a desayunar y volverá al servicio a las nueve.~~

14. OBEDIENCIA Y PUNTUALIDAD.- Deberán saber que la nota de Régimen interior pesa tanto en su carrera como la nota de examen, y que en ella se tiene en cuenta, además de sus cualidades de bondad, abnegación, etc., su puntualidad y obediencia.

Deberán vivir pendientes de la hora y no retrasarse sin causa justificada al entrar al servicio o ir a clase, pensando que su retraso desorganiza y altera el orden, no sólo del servicio en que están destinadas, sino en todo el complicado engranaje de servicios de la Casa. No se permitirá censurar las órdenes que reciban sean de los médicos o personas que tienen autoridad sobre ellas, limitándose a cumplirlas con rectitud e inteligencia; de esta forma no se equivocarán y quedará a salvo su responsabilidad.

~~Abonarán muebles, ropas, objetos, etc, que por indebido uso deterioren.~~

Normas de régimen interior.- Curso 1975-76

Las normas especificadas a continuación pretenden hacer posible la convivencia cómoda y aprovechar al máximo las posibilidades docentes de la Escuela y del Hospital. Su exacto cumplimiento es responsabilidad de todas las personas que integran la Escuela y fundamentalmente de los propios alumnos quienes deben encargarse de su aplicación y perfeccionamiento.

RESIDENCIA DE ENFERMERAS

Salvo en casos especiales que se analizarán individualmente por la Dirección de la Escuela las alumnas deben vivir en régimen de internado.

Las habitaciones deben mantenerse siempre limpias y en orden. No pueden ser utilizadas habitualmente como lugar de reunión para evitar molestias a las personas que vivan en habitaciones próximas. Por las noches partir de las 12 horas y durante toda la mañana se debe mantener silencio para evitar perturbar el sueño de los demás. El resto del tiempo se guardarán las normas elementales de disciplina para una correcta convivencia.

HORARIO GENERAL

El desayuno será servido diariamente de 7,30 a 9,30 horas de la mañana. La comida se hará en tres turnos: el 1º a las 12 horas; el 2º a las 13 horas y el 3º a las 14 horas. Las alumnas que hayan tenido guardia nocturna, podrán comer hasta las 17 horas. La merienda se servirá de 16,30 a 17 horas. La cena se hará en tres turnos entre las 19 horas y las 21,30 horas.

Las comidas se harán en régimen de autoservicio, siendo obligación de las alumnas devolver a su sitio las bandejas usadas al acabar las comidas.

Las alumnas que tengan que hacer el servicio de noche podrán recoger la bolsa de comida hasta las 22,15.

Las alumnas que dispongan de tarde libre podrán obtener, previo aviso (antes de las 10 horas de ese día), bolsa de cena.

Las alumnas que no tengan ninguna ocupación asignada podrán salir de la Residencia de la Escuela dejando su tarjeta en el casillero de salidas. A su regreso incorporarán su tarjeta en el casillero general.

La hora de regreso serán las 22,30 horas.

Los sábados y en circunstancias especiales la hora de entrada se prolongará hasta la una de la madrugada para aquellas alumnas que hayan expresamente sido autorizadas con permiso escrito y firmado de sus padres o tutores.

Las alumnas podrán disfrutar de 3 permisos mensuales para pernoctar fuera de la Residencia siempre que hayan sido autorizadas con permiso escrito y firmado de sus padres y tutores.

VISITAS

Las alumnas podrán recibir visitas fuera del tiempo de sus ocupaciones y hasta la hora del cierre de la Residencia en los locales preparados para ello.

ROPA

Será obligatorio el uniforme completo para los actos públicos de la Escuela, clase y trabajo. En ningún caso podrán usar prendas aisladas del uniforme. El uso del uniforme es incompatible con la utilización de maquillajes, alhajas.

Está prohibido fumar estando uniformados fuera de la Residencia en lugares públicos.

La lavandería funcionará en un horario que se hará público, en relación con las necesidades de las alumnas.

Las alumnas no podrán tener ninguna medicación, ni seguir ningún tratamiento, si no han sido autorizados por el médico de la Escuela. El médico de la Escuela tendrá un horario fijo desde las 18 a las 19 horas para ver a aquellos alumnos que previamente lo hayan comunicado a la monitora encargada de la enfermería. Será el médico de cabecera quien puede solicitar las consultas que considere oportunas al resto de los Servicios Médicos del Hospital. Si se produjese alguna Urgencia, fuera del horario normal de trabajo, debe ser avisado el médico de guardia de Medicina Interna.

PRÁCTICAS

El máximo aprovechamiento de las prácticas exige una colaboración que permite un trabajo de responsabilidad progresiva y supervisada. Para ello debe integrarse en el funcionamiento asistencial de la planta a las órdenes de la supervisora o la enfermera responsable del turno del trabajo. La distribución del trabajo será realizado por la supervisora de planta en colaboración con las monitoras de la Escuela. Los turnos de prácticas será de 8 a 15 horas; de 15 a 22,30 horas y de 22,30 a 8 horas.

Las alumnas deberán iniciar su actividad docente de prácticas con la máxima puntualidad. La incorporación a los distintos Servicios, así como la disciplina en el trabajo y la eficacia en el mismo, serán controladas por la supervisora o enfermera titulada del turno, quien con la monitora responsable coordinada por la Jefe de Estudios, se encargarán periódicamente de la calificación de las alumnas.

Las faltas de puntualidad que no excedan en 15 minutos el horario de incorporación a los Servicios, en más de 3 ocasiones y en el plazo de un mes, deben ser subsanadas trabajando un día libre en horario de mañana. La reiteración de estas faltas y la falta de aprovechamiento y asistencia a las prácticas puede llegar a suponer la pérdida del curso.

Las alumnas a las que corresponda hacer guardia nocturna, librarán la mañana previa al comienzo de la guardia.

Las alumnas que tengan Servicio los días festivos podrán recuperarlo de acuerdo con las necesidades de cada Servicio

SERVICIO DE INFORMACIÓN

Es obligación de todos los alumnos realizar esta actividad en los siguientes turnos: de 8 a 3 y de 3 a 23 horas.

CLASES TEÓRICAS

Las clases teóricas son obligatorias. La llegada a las clases debe hacerse antes que el profesor. Después de la llegada de éste no se podrá entrar en clase. La ausencia de más de un 10% a las clases de cada asignatura supondrá no poder presentarse al examen de dicha asignatura.

En caso de retraso por parte del profesor, las alumnas deben permanecer en clase durante 15 minutos. Si transcurrido este tiempo el profesor no ha llegado, la clase se considerará suspendida.

El horario de clases teóricas comenzará a las 15,30 horas. Entre clase y clase habrá un descanso de 10 minutos. Las clases teóricas tendrán lugar los lunes, martes, miércoles y jueves para las alumnas de 1º. Las alumnas de 2º A y 3º B, tendrán clase los lunes y miércoles. Las alumnas de 2º B y 3º A, los martes y jueves.

Los viernes serán reservados para clases teórico-prácticas, exámenes y cursillos especiales.

Las alumnas harán prácticas durante las mañanas los días que les corresponda clases por la tarde. Los viernes, sábados y domingos trabajarán de mañana o tarde, según un orden alternante. El día libres semanas podrá ser disfrutado únicamente el día en que no corresponda clase teóricas.

SANCIONES

Las alteraciones a las normas de Régimen Interior anteriormente expuestas serán sancionadas de forma proporcional y adaptadas a las características de las infracciones realizadas.

1. Quedan expresadas anteriormente las formas de sanción de las ausencias a clase y los retrasos en la incorporación a las actividades del Hospital.
2. Las sanciones referentes a faltas de disciplina de las alumnas debe considerarse tanto en su actividad dentro del Hospital como en la Residencia de la Escuela.
 - a. Será motivo de expulsión de la Escuela la sustracción de cualquier propiedad ajena. Otras faltas de disciplina graves podrán ser motivos de expulsión después de haber oído al alumno y por decisión del Director de la Escuela.
 - b. Las faltas de disciplina que sean consideradas por la Dirección de la Escuela como leves o menos graves serán motivo inicial de una nota de indisciplina en el expediente académico. La repetición de estas faltas leves o menos graves pueden ser motivo de expulsión.

NOTAS:

1. Las ausencias justificadas a cualquiera de las actividades docentes o corporativas de la Escuela serán analizadas individualmente y eximirán de la asistencia a dichas actividades.
2. La coordinación de las actividades docentes de las alumnas con la Jefe de Estudios de la Escuela se realizará a través de las Delegadas de Curso.
3. La coordinación de las actividades de la Residencia de alumnas con la Encargada de las actividades de dicha Escuela se realizará a través de la decana de la Escuela.

Santander, 26 de noviembre de 1975



Promoción de ATS 1972-1975

En el curso siguiente, en el que la EE se convierte en mixta, no figuran entre los documentos de los expedientes ni el Reglamento ni la Normas de Régimen Interno. Sin embargo en el curso 1977/78 vuelven a encontrarse unas Normas de Régimen Interior en las que ya no figura la obligatoriedad del internado, que se refieren a alumnos, en lugar de alumnas, y que presentan ligeros cambios en los horarios: disminuyen en una hora las prácticas en turno de mañana y se autoriza un descanso de media hora durante ellas y, parece, que dejan de realizarlas en días festivos. También, para las alumnas que continúan viviendo en la Residencia, se amplían los horarios de entrada en la EE (Escuela de A.T.S. "Marqués de Valdecilla", curso 1977/78).

Otros cambios que se observan en esta década son (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012a; Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012b; Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1932-1971; Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1972 -):

- Disminuye el número de estudiantes que no finaliza sus estudios y comienzan a figurar en las Actas los no presentados.
- Aumenta progresivamente el número de solicitudes para iniciar los estudios y, en su mayoría, realizan el examen de ingreso. Si en las dos primeras décadas no se conseguía completar el número de cincuenta alumnas y, en las dos siguientes, no se llega-

ba a ochenta, en el curso 1971/72 son doscientas treinta y dos las solicitantes y, más de mil, para el último curso, 1977/78. A estas hay que añadir las que se efectuaban en la Escuela Femenina del INP que funcionaba desde 1973 en la Residencia Sanitaria Cantabria.

- Se incrementa, también, el número de alumnas admitidas cada curso, siendo más de cien entre los cursos 1971 y 1976.

Durante los cursos 1978/1979 y 1979/1980 se interrumpe el ingreso de nuevos estudiantes, permaneciendo en la EE solamente las últimas promociones del plan de estudios de ATS que finalizan su formación en 1980 (Nespral, 2004). En ese momento, tras veintiséis años de impartición de este plan, habrán obtenido el título 1.677 estudiantes que, en su mayoría, continuarán procediendo de fuera de la provincia de Santander (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012a; Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012b; Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1932-1971; Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1972 -).

Durante este plan de estudios se imparten en la EE varias especialidades (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012a; Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1932-1971; Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1972 -):

- Asistencia Obstétrica-Matrona: se regula en 1958, comienza a impartirse este mismo curso y se desarrollará ininterrumpidamente hasta el curso 1987/88.
- Fisioterapia: se regula en 1965 y se imparte entre los cursos 1965/66 y 1981/82.
- Radiología y Electrología: se regula en 1965 y se imparte entre los cursos 1968/69 y 1981/82.
- Laboratorio: aunque en este plan de estudios no dispone de reconocimiento oficial, continuará impartándose ininterrumpidamente hasta el curso 1970/71.
- Quirófano: sin reconocimiento oficial se imparte entre los cursos 1966/67 y 1972/73.
- Psiquiatría: se realiza solamente durante dos cursos, 1969/70 y 1970/71, pero no existe constancia en la EE de ningún titulado.

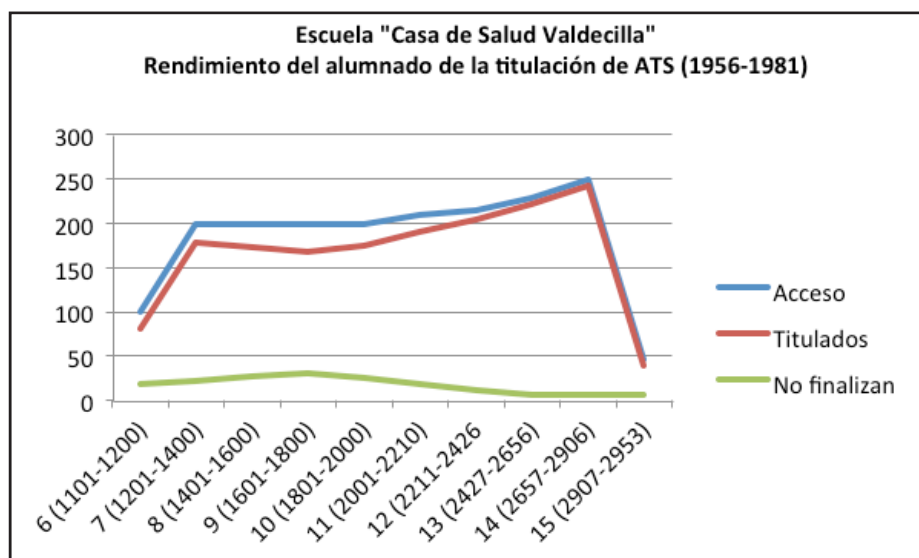


Gráfico 2. Elaboración propia a partir de los Libros de Matrícula y de Títulos expedidos.

6.2.3 La Enfermería profesional: la Diplomatura en Enfermería (1980 - 2010).

La Diplomatura en Enfermería se impartirá en la EE entre los cursos 1980/81 y 2011/12 con dos planes de estudios diferentes. El primero finaliza en el curso 2000/2001, y, el segundo, comienza dos años antes, en el curso 1999/2000. Este segundo plan de estudios convivirá, también, durante dos cursos con el nuevo título de Grado que comienza en el curso 1010/11. Por este motivo subdividiremos esta etapa en dos períodos que corresponden a cada uno de los planes de estudio de la Diplomatura.

Durante estos años, en especial en las dos últimas décadas, la EE experimentará una gran transformación no sólo relacionada con los cambios en la formación sino, también, con la integración en la Universidad.

6.2.3.1 El primer plan de estudios y la incorporación a la Universidad (1980-2001).

La EE se convierte en Universitaria a comienzos del año 1980 (REAL DECRETO 648/1980, de 14 de marzo, por el que se aprueba la conversión de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la “Casa de Salud Valdecilla”, de Santander, en Escuela Universitaria de Enfermería, quedando adscrita a la Universidad de Santander; Nespral, 2004) que se denominará de Cantabria a partir de 1985 (REAL DECRETO 1246/1985, de 29 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos de la Universidad de Cantabria). Este primer curso académico, 1980/81, inicia sus estudios la primera promoción de 50 estudiantes de la Diplomatura, seleccionados entre 345 solicitantes. El número de admitidos aumentará a 60 a partir del curso 1984/85 (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012a).

El comienzo de los nuevos estudios coincide con el nombramiento como Director de la EE de José Ramón Berrazueta, Jefe de Sección de Cardiología, que ocupará el puesto durante tres años. Le sustituirá, como Director en funciones, el Profesor Adjunto de Pediatría, Miguel Ángel García Fuentes. Éste dimite en 1985 y, durante el año siguiente, será Luis García Balles-ter, Catedrático de Historia de la Medicina, quien ejerza el cargo (Escuela de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”, 1980; Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988), pp. 56, 118 y 150. Estos nombramientos debían ser realizados “por el Ministerio de Educación y Ciencia entre Profesores pertenecientes a Cuerpos de Educación Universitaria para cuyo ingreso se exija el título de Doctor, a propuesta de la Entidad titular, oído el Rector de la Universidad correspondiente” (DECRETO 2293/1973, de 17 de agosto, por el que se regulan las Escuelas Universitarias).

Una vez comenzado este primer curso, se constituye el Patronato de la EE tal y como viene definido en los artículos diecinueve y veinte de la legislación pertinente (DECRETO 2293/1973, de 17 de agosto, por el que se regulan las Escuelas Universitarias). Este Patronato celebrará solamente una sesión – la de constitución –, en la que se informa sobre el presupuesto y aspectos organizativos y se propone definir el Reglamento de la EE (Escuela de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”, 1980; Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988) de acuerdo a lo regulado en la legislación sobre la integración (REAL DECRETO 648/1980, de 14 de marzo, por el que se aprueba la conversión de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la “Casa de Salud Valdecilla”, de Santander, en Escuela Universitaria de Enfermería, quedando adscrita a la Universidad de Santander). Sin embargo, no se encuentran en estos primeros años referencias a ese Reglamento, ni en las Actas de las sesiones del Consejo de Gobierno de la Fundación ni en las de la Junta de Dirección y de Escuela que se conservan desde 1984. Sí figura, sin embargo, en las carpetas de los estudiantes de la primera promoción, aunque no en los años posteriores, un “Reglamento por el que se regirán las prácticas hospitalarias de

los alumnos de la EE”. Este Reglamento consta de 15 artículos que hacen referencia no sólo a temas relacionados con las prácticas, sino también a las clases teóricas y teórico-prácticas y, así mismo, se describen pormenorizadamente los tipos y motivos de faltas y las sanciones que se aplicarán a cada una de ellas.

En las Actas de las Sesiones del Consejo de Gobierno de la Fundación celebradas entre 1980 y 1985 se trata sobre los actos de conmemoración del cincuentenario de la CSV, en 1980, entre los que, entre otras actividades, se celebran unas Jornadas para enfermeras que organiza la Asociación de Antiguas Alumnas Enfermeras (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988), pp. 47b y 52. También se reflejan en ellas los cambios de cargos directivos de la EE y temas económicos relacionados con la contratación y pago de emolumentos al profesorado, equipo de dirección y enfermeras monitoras así como sobre la realización de los cursos de nivelación (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988).

Porque este mismo año se publica la homologación del título de ATS, con efectos profesionales, corporativos y nominativos, y los requisitos para realizar la convalidación académica, consistentes en un curso de nivelación de conocimientos que, en esos primeros años, se impartió en la EE (REAL DECRETO 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería).

Se accede a la Diplomatura a través del Curso de Orientación Universitaria, salvo unas pocas plazas reservadas a personas con otra titulación universitaria o que hayan superado el examen de mayores de veinticinco años. A partir de 1985 se podrá acceder también a través de la Formación Profesional de Segundo Grado (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012b). Hasta este momento continuarán realizándose en la EE los exámenes de ingreso autorizados por la legislación del momento: “Las Universidades podrán establecer criterios de valoración para el ingreso en estas Escuelas, previa autorización del Ministerio de Educación y Ciencia, cuando el número de solicitudes de inscripción exceda notablemente las posibilidades del centro” (DECRETO 2293/1973, de 17 de agosto, por el que se regulan las Escuelas Universitarias). Estos exámenes, que se conservan en las carpetas de los expedientes de cada estudiante, y cuya nota figura en los Libros de Registro de Matrícula, eran realizados por un tribunal constituido por miembros del equipo de dirección y del profesorado de la EE y constaban de preguntas generales, una traducción, una redacción y un test de personalidad (Escuela de Enfermería “Casa de Salud Marqués de Valdecilla”, 1984-1985).

El plan de estudios de la Diplomatura que se imparte en la EE es el definido en las directrices generales para las Escuelas Universitarias de Enfermería (ORDEN de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería), aunque no existe constancia de que fuera aprobado por la Dirección General de Universidades ni publicado en el Boletín Oficial del Estado. Tampoco hemos encontrado en la EE registros sobre su organización en estos primeros años, solamente las Actas de las asignaturas de los sucesivos cursos (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012a), a partir de las cuales hemos confeccionado el cuadro que se incluye a continuación:

Asignaturas impartidas en el Plan de Estudios de Diplomado
Escuela Universitaria "Casa de Salud Valdecilla" (cursos 1980/1981 a 2000/2001)

Primer curso	Segundo curso	Tercer curso
Anatomía		
Biofísica y Bioquímica		
Ciencias de la conducta I	Ciencias de la conducta II	Ciencias de la conducta III
Enfermería Fundamental		
Fisiología		
	Enfermería Materno-Infantil <i>(pasará a tercer curso a partir del 1988/89 para redistribuir la carga)</i>	
	Enfermería Médico-Quirúrgica I	Enfermería Médico-Quirúrgica II
	Farmacología Clínica y Dietética	Farmacología Clínica y Terapéutica Física
	Salud Pública I	Salud Pública II
		Enfermería Geriátrica
		Enfermería Psiquiátrica
Prácticas	Prácticas	Prácticas

Tabla 3. Elaboración propia a partir de los Libros de Actas de los exámenes y de otros documentos

A partir de 1984 se dispone de algo más información sobre la organización de la EE; se encuentran documentos - dispersos y sin un sistema de archivo establecido - sobre los horarios de alguna de las actividades docentes que se realizan. Pero es a partir del curso 1996/97 cuando se comienza a sistematizar la organización de la docencia. Esta información sobre los tres últimos cursos de este plan de estudios se conserva en los archivos de la EE (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1996; Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1997; Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1998). Para ello, cada curso académico, se organizaba un gran cuaderno que contenía los siguientes documentos: el calendario escolar; el cuadro de incompatibilidades; la relación de las asignaturas de cada curso; la organización docente de cada una de ellas firmada por la dirección de la EE y del Departamento que la imparte, y el calendario y los horarios de las clases, de las actividades teórico-prácticas, de las prácticas clínicas y de los exámenes (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla" 1996). En los dos años siguientes se incluirá también el programa y el profesora o profesor responsable de cada asignatura (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1997; Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1998).

La docencia se organizaba en módulos, de modo que las/os estudiantes alternaban períodos de actividades en aula (teóricas y teórico-prácticas) con otros de prácticas clínicas. Las primeras se realizaban en horario de mañana y tarde – las teóricas por la mañana y, las teórico-prácticas, por la tarde en grupos más pequeños – y, las segundas, prioritariamente por las mañanas. La organización, con ligeras variaciones en cada uno de los tres cursos, fue la siguiente (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1997):

Organización de la actividad docente de la diplomatura
Escuela U. “Casa de Salud Valdecilla” (Curso 1997/1998)

CURSO PRIMERO		CURSO SEGUNDO		CURSO TERCERO	
I	II	I	II	I	II
Actividades de aula (16 semanas)	Actividades de aula (9 semanas)	Actividades de aula (12 semanas)	Actividades de aula (6 semanas)	Actividades de aula (15 semanas)	
	Prácticas Clínicas (6 semanas)	Prácticas Clínicas (6 semanas)	Prácticas Clínicas (7 semanas)		Prácticas Clínicas (16 semanas)

Tabla 4. Elaboración propia a partir de los cuadernos de Organización Docente

En los primeros años continúan existiendo normas escritas sobre las obligaciones y responsabilidades del estudiante y comienzan a regularse las del profesorado. Reproducimos a continuación unas Normas de Régimen Interno correspondientes al año 1984, por la información que aporta sobre la organización de la formación y la dedicación de los estudiantes en este plan de estudios:

PRÁCTICAS:

- Las prácticas se desarrollarán durante los tres cursos de la carrera, de lunes a viernes de 8 a 13 horas. Cuando se realicen prácticas nocturnas el horario será de 22 a 8 h. durante 3 días a la semana del domingo a viernes.
- Los alumnos de 1º harán una sola semana de guardias a lo largo del curso de forma voluntaria y siempre que esté de acuerdo la Supervisora de la Planta.
- Los alumnos de 2º curso harán guardias de forma voluntaria y siempre que esté de acuerdo la Supervisora de la Planta.
- Las prácticas nocturnas sólo serán obligatorias para los alumnos de 3º.
- Será obligatorio para poder realizar prácticas nocturnas haber entregado a los Instructores, debidamente cumplimentado, el estadiillo de guardias antes del viernes de la semana anterior.
- Los alumnos deberán firmar con puntualidad, salvo casos autorizados previamente, la entrada y salida de prácticas, uniformados.
- Se considera falta de asistencia el no firmar la hoja de entrada. En horario nocturno se deberá firmar la salida.
- Si la Supervisora de la Planta donde se encuentre realizando las prácticas les autoriza se a ausentarse, deberán comunicarlo previamente a los Instructores.
- Dentro de las 5 horas de prácticas diurnas se tendrá media hora de descanso, debiendo disfrutarla teniendo en cuenta las necesidades de la Planta.

- La incorporación a los distintos Servicios, así como la disciplina en las prácticas y la eficacia en las mismas serán controladas por la Supervisora o profesional de Enfermería de turno, quien con los Instructores, coordinados por la Jefe de Estudios, se encargará periódicamente de la evaluación de los alumnos.
- La nota de prácticas irá englobada en 1º curso dentro de Enfermería Fundamental y en 2º y 3º curso dentro de Enfermería Médico-Quirúrgica, siendo imprescindible para hacer la nota final el aprobado de ambas.
- La asistencia a prácticas es obligatoria.
- Cuando se falte por enfermedad deberán presentar un informe médico, debiendo avisar cuanto antes a las representantes de la Escuela, quienes se encargarán de informar a los servicios correspondientes.
- En caso de enfermedad o baja maternal se admiten como máximo 10 días laborables. Por encima de éstos habrá que recuperar al finalizar el curso.
- Los asuntos familiares o personales se estudiarán individualmente estableciéndose un máximo de 5 días laborables, a partir de los cuales se tendrá que recuperar a finales de curso.
- Para poder realizar otro tipo de alteración en las prácticas (exámenes de conducir, exámenes en otros Centros, viajes, etc...) deberán informar con antelación a su Instructor y traer posteriormente el correspondiente justificante.
- Los justificantes deberán entregarse en un plazo máximo de una semana.
- Las faltas sin justificar se recuperarán una vez finalizado el período de prácticas.
- Salvo en aquellos casos justificados previamente, por encima de 10 faltas de puntualidad a lo largo del período de prácticas se disminuirá 1 punto la nota final de prácticas.
- Si el alumno llegara más tarde de las 9 horas sin justificación para ello, no irá a prácticas, debiendo recuperar el día.
- Se permitirán 10 faltas justificadas a lo largo del curso académico. Habrá que recuperar las que sobrepasen a este número al finalizar el período de prácticas.

UNIFORMIDAD:

El uso del uniforme es obligatorio para todas las dependencias del Hospital.

El uniforme será completo:

- Uniforme reglamentario
- Placa de identificación
- Calzado blanco
- Calcetín blanco
- Chaqueta de color azul

- Bata en los ATS masculinos

Y cumpliendo las normas de higiene (pelo recogido, uñas cortas ...)

Queda totalmente prohibido el uso de ropa verde fuera de las zonas reglamentarias (Quirófano y Hemodinámica).

- Se prohíbe fumar en el recinto hospitalario, fuera de las zonas de cafetería y descanso.
- El incumplimiento de estas normas repercutirá en la nota de prácticas.

CLASES TEÓRICAS Y SEMINARIOS:

- El horario de clases teóricas de cada curso estará expuesto en el Tablón de anuncios.
- La obligación o no de asistir a clase la determinará cada Profesor.
- La asistencia a los Seminarios será obligatoria y servirá para la calificación final de prácticas.
- Los alumnos, en colaboración con el Profesor, fijarán la fecha de las pruebas de evaluación y éste deberá notificarlo en la Secretaría de la Escuela con 48 horas de antelación.
- Los días lectivos y vacaciones se regirán por el calendario académico que estará expuesto en el Tablón de anuncios.

REPRESENTACIÓN:

- Anualmente en los distintos cursos se elegirán por votación los alumnos que ocuparán los cargos de Delegado y Subdelegado de curso y de entre éstos se elegirán al Delegado y Subdelegado del Centro.
- La normativa de estas elecciones se rige por el estatuto de representación estudiantil.
- La representación del alumnado en los órganos de Gobierno y Comisiones de la E.U.E. se contempla en el Proyecto de Estatutos.

Existe, así mismo, del curso 1985/1986, un Plan de Trabajo para los Coordinadores de Área, relativo a las asignaturas de las áreas de Enfermería. En el documento se describen los fines de la formación en la EE y, en cada área, y las funciones del profesorado que la coordina así como los objetivos, los seminarios a realizar y los servicios en que se desarrollan las prácticas. A través de este documento y de proyectos para justificar la necesidad de nuevos recursos para las prácticas, podemos observar cómo éstas ya no se realizan solamente en las plantas y unidades del Centro Médico, sino también en servicios extrahospitalarios, como Salud Escolar, Drogodependencias, Vacunaciones y otros de Salud Pública de la Dirección Regional de Sanidad. También, en seis Centros de Salud (Nespral, 1997) que están iniciando su desarrollo en ese momento, y en centros sociosanitarios, como los que entonces se denominaban Asilos.

Encontramos, además, otros dos documentos, sin título que explique su contenido y en los que tampoco se especifica la utilidad que se les dio, ni el año en que se realizaron, aunque parecen corresponder al final de la década de los ochenta. Ambos son similares, con ligeras variaciones en sus contenidos, y contemplan los siguientes temas: historia objetivos, filosofía y fines de la EE, normas de régimen interno, utilización de los servicios de la Escuela, normativa general de prácticas, régimen disciplinario, uniformidad, normas para la elección de delegados

y funciones de los representantes de alumnos, plan de estudios, cuadro de incompatibilidades y objetivos de cada curso.

Se continúan incluyendo temas relacionados con la EE en las Actas de las Sesiones del Consejo de Gobierno de la Fundación, como el proyecto de Concierto con la Universidad de Carolina del Norte para impartir cursos de máster en la EE (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988), p. 151; proyecto que apenas se desarrollará, solamente alguna profesora de esa Universidad visitará la EE y una de las profesoras de la EE realizará un máster en dicha Universidad. Se habla, así mismo, de la reforma del edificio de la EE para habilitar seminarios y despachos en dos plantas de la antigua residencia ya en desuso; de la dimisión del Director García Ballester, en 1986, y del nombramiento, de nuevo, del ya catedrático Juan José Jordá (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988), pp. 156, 164 y 176. A finales de este año figura el nombramiento, por primera vez en la historia de la EE, de la enfermera Paloma Salvadores como Directora Técnica de la EE, así como la asignación de un premio económico a las otras ocho enfermeras que tienen dedicación exclusiva en la EE (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988), pp. 150 y 176-77. Todas estas enfermeras, a las que en esos años se denomina instructoras o monitoras, pertenecen a la plantilla del Hospital Marqués de Valdecilla.

Dos años más tarde, en la Sesión de la Fundación de 25 de enero de 1988, se propondrá la modificación del Equipo de Dirección de la EE, para adaptarlo a los Estatutos de la Universidad de Cantabria, y se nombrará a Jaime Zabala, también enfermero, como Director del Departamento de Enfermería, asumiendo así mismo las funciones de Subdirector de la EE, cuya Jefatura de Estudios ocupará la también enfermera Cristina Castanedo. La Secretaría será ocupada por M^a José Noriega, profesora del área de Fisiología (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1978-1988), pp. 199-200. En la Sesión de 16 de noviembre de este mismo año se propone la cesión de la EE a la Universidad de Cantabria (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla", 1988-1990):

El desarrollo de las enseñanzas de Enfermería y otras similares hacen aconsejable una más plena integración de la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla en la Universidad de Cantabria tratando así de elevar su rango hasta los más altos niveles de dichos estudios y procurando una mejor dotación de sus instalaciones y medios. Estimando que con el cumplimiento de tales fines se hacen realidad los propósitos de la Fundación ya recogidos en anteriores reuniones, y existiendo el "quorum" previsto en el punto 2.5.3 de los Estatutos se acuerda conceder por noventa y nueve años a la Universidad de Cantabria un derecho de uso del actual edificio de la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla con exclusión de la planta en que se encuentran situadas las Oficinas de la Fundación Pública de Servicios Provinciales Hospitalarios y Asistenciales "Marqués de Valdecilla", a fin de ser destinado a Centro de Enseñanza de Enfermería y similares (pp. 7-8).

También durante esta década comienzan a constituirse en la EE órganos de dirección y gestión. Existen Actas de sesiones de la Junta de Dirección celebradas entre agosto de 1984 y junio de 1985, y, de la Junta de Escuela, entre la misma fecha de inicio y diciembre de 1987 (Escuela de Enfermería "Casa de Salud Marqués de Valdecilla", 1984-1985; Escuela de Enfermería "Casa de Salud Marqués de Valdecilla", 1984-1987).



Edificio de la Escuela desde 1971

La Junta de Dirección estaba compuesta por su Director, Dr. García Fuentes, las Jefas de Estudio de pregraduados y posgraduados, las enfermeras Asunción Rubio y Paloma Salvadores, la Secretaria, Dra. Cos, y la Secretaria adjunta a la dirección, Teresa Manrique (Escuela de Enfermería “Casa de Salud Marqués de Valdecilla”, 1984-1985), p. 1, aunque en algunas sesiones figuran más componentes (Escuela de Enfermería “Casa de Salud Marqués de Valdecilla”, 1984-1985), pp. 4-7. En las dieciséis sesiones de la que se conservan Actas se tratan aspectos de funcionamiento, organización y gestión relacionados tanto con los recursos - materiales y humanos - como con la docencia y los alumnos. Muchos de estos temas serán más tarde presentados a la Junta de Escuela y, algunos de ellos, planteados o negociados con la dirección del Hospital, con la administración de la Fundación o con el equipo rector de la Universidad. Algunos de los asuntos tratados fueron (Escuela de Enfermería “Casa de Salud Marqués de Valdecilla”, 1984-1985):

- De los estudiantes: características del examen de ingreso y composición del tribunal; información a entregarles en el momento de formalizar la matrícula, y representación.
- Del personal: necesidades, contratación y selección de instructores o monitores, profesores y personal administrativo.
- De la organización y de la docencia: normas, calidad, evaluación de profesores y alumnos, “venia docendi”, biblioteca, obras de adecuación de espacios y Acto de Clausura, que según consta, se vuelve a realizar a partir de 1985.
- De las especialidades y del posgrado: características del examen de ingreso, baremos y tribunales y cursos de posgrado que se organizan.

Existe constancia de la realización, entre 1984 y 1987, de siete sesiones de la Junta de Escuela, aunque en las tres primeras se denomina Claustro de Profesores. Sin embargo, parece que ya anteriormente se habían celebrado otras, ya que en el Acta de la primera, de fecha 6 de junio, se aprueba el Acta del Claustro anterior (Escuela de Enfermería “Casa de Salud Marqués de Valdecilla”, 1984-1987), pp. 2-12. Esta primera sesión se realizó en dos fechas, separadas por un intervalo de veinte días, para poder presentar enmiendas al proyecto de Estatutos; se comunica también en ella la composición de la Junta de Dirección y de la Comisión que se ha encargado de elaborar el borrador de los Estatutos (Escuela de Enfermería “Casa de Salud Marqués de Valdecilla”, 1984-1987), pp. 1-8 y 13. En las siguientes sesiones informa García

Fuentes, sobre la constitución de la Junta de Docencia y del nombramiento, en funciones, de las Jefaturas de Estudios de pregrado y posgrado; de la Dirección Técnica y de la Jefatura de Estudios y, finalmente, de su dimisión irrevocable (Escuela de Enfermería "Casa de Salud Marqués de Valdecilla", 1984-1987), pp. 9, 11 y 17.

De los Estatutos a los que se hace referencia en la Junta de Escuela (Escuela de Enfermería "Casa de Salud Marqués de Valdecilla", 1984-1987), p. 26, se conserva un cuadernillo con el título de *Proyecto de Estatutos de la Escuela Universitaria "Marqués de Valdecilla"*, 1984. Consta de cinco títulos en los que se definen la Naturaleza, fines y dependencia; los órganos de Gobierno; de la enseñanza; el régimen económico y presupuestario y el régimen disciplinario (Escuela de Enfermería "Marqués de Valdecilla", 1984).

El nuevo director de la EE, Juan José Jordá, presidirá las dos últimas sesiones de estas Juntas de Escuela que se celebran en los meses de octubre de 1986 y diciembre de 1987. En ellas se hablará sobre (Escuela de Enfermería "Casa de Salud Marqués de Valdecilla", 1984-1987), pp. 21-26:

- El proyecto de definición y remodelación de la plantilla de profesorado, en la que se denominará Coordinador de Área a quienes tengan dedicación exclusiva, en su mayoría profesionales de enfermería, que eran anteriormente instructoras o monitoras.
- El Plan de Estudios, en el que es necesario redistribuir la carga docente de los cursos, para lo que se propone pasar a tercer curso la asignatura de E. Materno-Infantil, así como regular las incompatibilidades de las asignaturas y la calificación de las prácticas.
- La integración de la EE en la Universidad de Cantabria.
- La remodelación del equipo de dirección y la creación del Departamento de Enfermería.
- Las comisiones que elaborarán el nuevo Reglamento y el siguiente Plan de Estudios.

En los temas que se tratan en estos órganos de dirección y gestión de la EE se observa, tanto a través de las discusiones que se generan, como en la defensa que se hace de la representatividad de los diferentes colectivos, el interés de gran parte del profesorado médico por mantener la influencia y tutela que tradicionalmente viene ejerciendo sobre la formación y la profesión enfermera y el de ésta por ir alcanzando cotas de autonomía y poder.

Como acabamos de ver, al final de esta década se toman decisiones sobre la EE que serán cruciales para su evolución futura. El nueve de enero de 1989 el Rector de la Universidad de Cantabria y el Director General del INSALUD firman el Convenio de Colaboración para la integración de la EE en la Universidad que será publicado en el Boletín Oficial del Estado (REAL DECRETO 1025/1989, de 28 de julio, por el que se crean Centros y se autorizan enseñanzas en las Universidades de Cantabria, Castilla-La Mancha, Islas Baleares, León, Autónoma de Madrid, Murcia, Oviedo, Salamanca, Valladolid y Zaragoza). Este Convenio contiene trece cláusulas y un Anexo (*Convenio de Colaboración entre la Universidad de Cantabria y el Instituto Nacional de la Salud para la integración como Escuela Universitaria de la Universidad de Cantabria de la Escuela de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla"*, 1989):

PRIMERA

La integración en la Universidad de Cantabria de la Escuela de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla" se realizará en un plazo de tres cursos académicos, a partir del curso 1989/90.

SEGUNDA

El proceso de integración se realizará curso a curso, de forma que en el curso académico 1989/90, la Universidad de Cantabria, asume los gastos de material que se generen en el desarrollo de las enseñanzas de la Escuela, y realizará la contratación del profesorado que hasta ahora era realizado por la Fundación Valdecilla.

Así mismo, progresivamente irá asumiendo los restantes gastos de profesorado en los cursos 1990/91 y 1991/92.

TERCERA

El INSALUD, durante el curso 1989/90, se compromete a asumir el presupuesto de personal estatutario asignado a la Escuela en el curso anterior 1988/89, y asimismo, durante el curso 1990/91 se compromete a asumir la mitad de este presupuesto.

Esta contribución se realizará haciendo que el personal estatutario de INSALUD que ha desempeñado funciones docentes en el curso 1988/89 en la Escuela Universitaria de Enfermería y que se relaciona en el Anexo I, continúe desempeñando durante el curso 1989/90 la misma función docente y con la misma dedicación a la Escuela. A todos ellos, la Universidad de Cantabria les hará un nombramiento de Profesor Asociado, y les abonará el correspondiente complemento docente.

Durante el curso 1990/91 la contribución de INSALUD se realizará de igual modo, solo que aplicado a la mitad del personal estatutario con dedicación exclusiva.

CUARTA

El personal no docente que presta servicios actualmente en la Escuela podrá integrarse en la Universidad de Cantabria, a petición propia dirigida al INSALUD y a la Universidad, en cualquier momento del proceso de integración, y en cualquier caso antes del comienzo del curso 1990/91. La integración de dicho personal en la Universidad se realizará en la categoría profesional que corresponda, de conformidad con el Convenio Colectivo vigente para Personal Laboral en la Universidad de Cantabria y de acuerdo con las funciones que desempeña actualmente. La Universidad de Cantabria no tendrá que reconocer a dicho personal retribuciones superiores a las que tenga establecida para el personal propio.

QUINTA

A partir del curso académico 1991/92 se realizará la integración definitiva de la Escuela Universitaria de Enfermería en la Universidad, de forma que a partir de dicho curso el INSALUD no tendrá ninguna competencia en relación con dicha Escuela.

SEXTA

Las enseñanzas a impartir en la Escuela Universitaria de Enfermería serán los correspondientes al ciclo de estudios necesarios para la obtención del Título de Diplomado en Enfermería que habilitará para el ejercicio profesional, con los derechos, atribuciones y prerrogativas que determinen las disposiciones legales.

SÉPTIMA

El plan de estudios de las enseñanzas a las que se refiere la cláusula anterior, será el

actualmente vigente para dicha Escuela, con las modificaciones que se establezcan en su momento, como consecuencia de la reforma de las enseñanzas.

Tendrán acceso a las enseñanzas de la Escuela Universitaria de Enfermería, quienes estén habilitados legalmente para el acceso a los estudios universitarios y cumplan los requisitos establecidos por la legislación vigente.

OCTAVA

El INSALUD se compromete con la Universidad a establecer los mecanismos y adaptaciones necesarios para que, a través de sus Instituciones Sanitarias, éstas permitan a los alumnos realizar las enseñanzas clínicas previstas en el correspondiente plan de estudios que esté en vigor.

NOVENA

Los profesores que actualmente estén desempeñando sus funciones docentes en la Escuela y que posean la titulación exigida para el ingreso en alguno de los cuerpos de profesores de Escuela Universitarias, podrán concursar a las plazas que la Universidad convoque, en las categorías legales que procedan, de acuerdo con la carga docente de las mismas, la Ley de Reforma Universitaria y los Estatutos de la Universidad de Cantabria.

DÉCIMA

La Universidad de Cantabria, se compromete a solicitar a la Dirección General del INSALUD, la designación de dos personas, Diplomados Universitarios de Enfermería relacionados con la docencia, para formar parte de las Comisiones que evalúen los concursos para la contratación de Profesores Asociados que se convoquen, que deban ser cubiertas por personal perteneciente a Instituciones Sanitarias de INSALUD, y en tanto no esté finalizado el proceso de integración de la Escuela de Enfermería.

DECIMOPRIMERA

Hasta que finalice el proceso de integración de la Escuela Universitaria de Enfermería en la Universidad, el INSALUD, mediante designación de su Dirección General, seguirá formando parte de la Junta de la Escuela.

DECIMO SEGUNDA

Para el inicio y seguimiento del proceso de integración se constituirá una comisión compuesta por los siguientes miembros, que en ningún caso podrán ser sustituidos.

- El Exmo. y Magfco. Sr. Rector de la Universidad de Cantabria, que podrá delegar en uno de sus Vicerrectores.
- El Ilmo. Sr. Director General del INSALUD, que podrá delegar en la Asesoría de Enfermería para Docencia.
- El Director de la Escuela de Enfermería.

La Comisión será presidida por el Exmo y Magfco. Sr. Rector de la Universidad, reuniéndose al menos dos veces al año y quedando automáticamente disuelta al finalizar el proceso de integración.

DECIMOTERCERA

Al día siguiente de la firma del presente convenio, ambas partes iniciarán los trámites previstos en las bases segunda, tercera y cuarta del artículo cuarto del R.D. 1558/86, de 26 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias conforme a lo establecido en el artículo segundo de la propia Disposición.

ANEXO I

PERSONAL ESTATUTARIO DE INSALUD QUE DURANTE EL CURSO 1988/89 REALIZABA FUNCIÓN DOCENTE EN LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

- A) Personal de INSALUD con dedicación exclusiva a la Escuela: figuran los nombres de las diez enfermeras y un enfermero: María Jesús Agudo, Cristina Castanedo, Carmen Cereceda, María Jesús Durá, María Luz Fernández, Felicitas Merino, Celia Nespral, Rocio Pérez, María Visitación Sanchón, Lourdes Sevilla y Jaime Zabala.
- B) Personal de INSALUD con dedicación parcial a la Escuela (su dedicación se puede considerar equivalente a la de un Profesor Asociado Clínico): figuran los nombres de nueve personas, dos enfermeras, cinco médicos, una médica y uno psicólogo.

El Acuerdo de colaboración docente entre la Universidad y el INSALUD para las enseñanzas clínicas de Enfermería no se firma hasta cuatro años más tarde (Universidad de Cantabria e Instituto Nacional de la Salud, 1993). Este Acuerdo constituía un Anexo al Concierto para la docencia clínica en Ciencias de la Salud (ORDEN de 29 de agosto de 1990 por la que se aprueba el concierto entre la Universidad de Cantabria y el Instituto Nacional de la Salud) cuyas bases estaban reguladas mediante legislación estatal (REAL DECRETO 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias; REAL DECRETO 644/1988, de 3 de junio, por el que se modifica parcialmente el REAL DECRETO 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias; REAL DECRETO 1652/1991, de 11 de octubre, por el que se modifica parcialmente el REAL DECRETO 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias. 1991).

Dicho Acuerdo, declarado de carácter temporal, autorizaba la organización de las prácticas clínicas en las dependencias del INSALUD y fijaba los requisitos y condiciones en que podían acceder a ellas profesorado y alumnado, así como las relaciones entre la EE y las Direcciones de Enfermería de los centros asistenciales. Definía, así mismo, que treinta plazas de profesores asociados debían ser cubiertas por personal de enfermería de la Institución Sanitaria y, en dos Anexos, se especificaban las Unidades de Prácticas del Hospital, los Centros de Salud y la Unidad de Salud Mental que se podían utilizar para la realización de las prácticas clínicas así como los nombres y áreas de adscripción de las diez profesoras y tres profesores titulares y del profesor asociado que se ocuparían del seguimiento y tutorización de dichas prácticas (Universidad de Cantabria e Instituto Nacional de la Salud, 1993).

El proceso de transformación de la EE en un centro universitario va aconteciendo lentamente en estos primeros años. La nueva Junta de Escuela se constituye en el mes de junio de 1990 y, en la siguiente sesión celebrada en el mes de noviembre, aprueba el Reglamento de Prácticas (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1990). Tanto este Reglamento de Prácticas, como el probable Reglamento de Régimen Interno (RRI) de la Junta de Escuela que

regulara su funcionamiento en esta situación transitoria, y al que se hace alusión en años posteriores, no figura en las Actas de las sesiones de la Junta de Escuela.

La Junta de Escuela celebra solamente una reunión al año en los dos siguientes. En el mes de octubre de 1991, para aprobar el calendario de convocatoria de las primeras nueve plazas de profesorado titular de Escuela Universitaria - cuatro para este año y cinco para el siguiente -, e informar que dos profesoras enfermeras solicitan el reingreso en el Hospital y tres profesores médicos dejan de impartir docencia por haber obtenido plaza en la Facultad de Medicina (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1991). La sesión de diciembre de 1992 será presidida por Jaime Zabala, Director en funciones, debido a la dimisión de Juan José Jordá (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1992), lo que marcará un hito en el desarrollo de la formación enfermera en la EE que, por vez primera vez en su larga historia, comenzará a ser liderada y organizada por la propia disciplina. Esta situación se mantendrá hasta el momento actual, ya que las sucesivas direcciones de la EE continúan siendo ocupadas por profesorado enfermero.

A partir de este momento, el funcionamiento de la EE en todos sus aspectos comenzará a ser regulado por la normativa universitaria y la específica de la Universidad de Cantabria.

Entre tanto, en el mes de noviembre de 1991, el Consejo de Gobierno de la Universidad aprueba la creación del Departamento de Enfermería y su RRI (Nespral, 2004). El Departamento se constituye el día 14 y, el 10 de diciembre, se elige Directora del mismo a la enfermera y profesora M^a Jesús Durá. A partir de este momento, el Departamento de Enfermería comenzará a asumir las competencias sobre organización y desarrollo de la docencia y la investigación que le asignan los Estatutos de la Universidad (REAL DECRETO 1246/1985, de 29 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos de la Universidad de Cantabria), lo que, a su vez, supondrá la reorganización de las competencias de la EE en estos aspectos. Al Departamento de Enfermería quedará adscrito la mayoría del profesorado de la EE, salvo quienes imparten las asignaturas básicas de Anatomía, Fisiología y Farmacología, que pertenecen a los Departamentos correspondientes. El Departamento de Enfermería continuará hasta el momento actual siendo presidido por profesoras provenientes de la Enfermería y ésta será también la procedencia de todo su profesorado permanente, salvo un breve período de tiempo al inicio de su constitución. Tras más de veinte años en la Universidad, en el curso 2012/13 se producirá la primera incorporación de un profesional no enfermero a dedicación completa, como contratado laboral en la figura de Profesor Ayudante Doctor.

En el mes de marzo de 1993 se constituye una nueva Junta de Escuela, tras la celebración de elecciones en el sector de profesorado, y esto se repetirá cada cuatro años, previamente a la elección de la nueva dirección o en el momento en que se produzca la dimisión de quien ocupe el cargo. También sigue el mismo calendario la representación del Personal de Administración y Servicios (PAS); los estudiantes eligen cada año a sus representantes, una vez comenzado el curso académico. Por tanto, en esta primera sesión se convocarán las primeras elecciones a la Dirección de la EE, en las que resultará elegida Cristina Castanedo (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1993; Nespral, 2004).

En las siguientes sesiones que se celebran durante este año, en los meses de julio y noviembre, comenzarán a aprobarse, también por primera vez, el calendario escolar y el plan docente del siguiente curso así como las Comisiones Permanente, de Ordenación Académica y la que elaborará un nuevo RRI de la EE (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1993).

Este RRI que será aprobado por la Junta de Escuela en junio de 1994 y, en el mes de diciembre, por la Junta de Gobierno de la Universidad (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valde-

cilla”, 1994) estará vigente hasta 2004. Contiene un Preámbulo sobre la naturaleza y fines de la EE, dos Títulos, cinco Capítulos y 49 Artículos. El Título I contiene dos artículos sobre la estructura orgánica de la EE y sus Órganos de Gobierno colegiados y unipersonales y, en los veintiún artículos del Capítulo I, se establece la composición y funcionamiento de la Junta de Centro. El Título II, compuesto por veintiséis artículos, trata, en cada uno de sus cuatro Capítulos, de la composición y funciones de la Junta Electoral de Centro; de la elección de los miembros de la Junta de Centro; de la elección del Director o Directora, y de la normativa del voto por correo (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 1995b).

En las siguientes sesiones de las Juntas de Escuela se continuará informando sobre las plazas que solicitan los respectivos Departamentos, tanto de profesorado titular como asociado y, en 1994, de la constitución de la Comisión de Seguimiento Docente propuesta en el Convenio Universidad-INSALUD, así como del aumento a 75 del número de alumnos que ingresan en la EE, *números clausus* que se mantiene en la actualidad. Este mismo año comienzan a organizarse, para los estudiantes que finalizan su formación, unas Jornadas de Búsqueda de Empleo y una Mesa Redonda sobre Expectativas Profesionales que continúan realizándose en la actualidad (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 1994).

El plan de estudios de la EE se estará revisando durante prácticamente toda la década, ya que su aprobación definitiva se produce al final de ella (RESOLUCIÓN de 7 de junio de 1999, de la Universidad de Cantabria, por la que se hace público el plan de estudios conducente al título de Diplomado en Enfermería de esta Universidad). Esta situación se debió a propuestas y decisiones tanto internas – de la Universidad o de colectivos externos de la sociedad –, como externas - del Consejo de Universidades -, pero, sobre todo, a las regulaciones legales que se sucedieron hasta 1998, algunas específicas de la Diplomatura en Enfermería y otras generales y comunes a todos los planes de estudio (REAL DECRETO 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los Planes de Estudios conducentes a la obtención de aquél; REAL DECRETO 1667/1990, de 20 de diciembre, por el que se rectifica el anexo del REAL DECRETO 1466/1990 de 26 de octubre, por el que se establecen las directrices generales propias de los Planes de Estudios; Corrección de erratas del REAL DECRETO 1667/1990, de 20 de diciembre, por el que se rectifica el anexo del REAL DECRETO 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado de Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél; REAL DECRETO 1267/1994, de 10 de junio, por el que se modifica el REAL DECRETO 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos REALES DECRETOS que aprueban las directrices generales propias de los mismos; Corrección de erratas del REAL DECRETO 1267/1994, de 10 de junio, por el que se modifica el REAL DECRETO 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos REALES DECRETOS que aprueban las directrices generales propias de los mismos).

Como afirmábamos en el párrafo anterior, el proceso para el diseño del segundo plan de estudios de la Diplomatura fue largo y existe sobre él constancia documental en la EE. Se inició en el mes de marzo de 1993, con la aprobación de una propuesta de la Junta de Escuela. Este mismo año se revisó en otras dos sesiones de la Junta, para incorporar sugerencias efectuadas tras su exposición pública en la Universidad y para no aceptar la planteada por el Consejo de Universidades de rebajar el número de créditos de que constaba (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 1993). Durante los tres años siguientes volverá a reformarse en varias

ocasiones, hasta ser aprobado en febrero de 1996 por la Junta de Gobierno de la Universidad y, tras efectuar alguna corrección recomendada por el Consejo de Universidades (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1994; Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1995a; Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1996), será remitido para su publicación en el Boletín Oficial del Estado (Resolución de 10 de septiembre de 1996, de la Universidad de Cantabria por la que se ordena la publicación del Plan de Estudios de Diplomado en Enfermería a impartir en la Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla" de esta Universidad). Sin embargo, no llega a ponerse en marcha (L.F, 1996; Tollar, 1996) y vuelve a revisarse a finales de 1998 para reorganizar algunos aspectos e incorporar los introducidos por la nueva regulación de las Directrices Generales de los planes de estudios. Nuevamente lo aprueba la Junta de Gobierno de la Universidad y, tras ser homologado en el mes de mayo por el Consejo de Universidades (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1998; Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1999), se publica al mes siguiente (Resolución de 7 de junio de 1999, de la Universidad de Cantabria, por la que se hace público el plan de estudios conducente al título de Diplomado en Enfermería de esta Universidad).

Entre tanto se había producido la dimisión de la Directora de la EE, Cristina Castanedo (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1995b) y, tras las elecciones celebradas en febrero de 1996, pasará a dirigirla Celia Nespral (Tomas de posesión. 1996). Ésta ocupará el cargo durante más de doce años, ya que resultará elegida en los dos siguientes procesos electorales que se celebran cada cuatro años (Toma de posesión de dos Directoras de la Universidad. 2000; Toma posesión la Directora de Enfermería y los responsables de dos departamentos. 2004; Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2000; Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2004a).

En 1996 se reinstaura la imposición de la Insignia de la EE, tradición que se había interrumpido en 1983, aunque no comenzará a otorgarse hasta 2006, en el Acto Académico de Graduación (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2006). Esta ceremonia se trasladará al Paraninfo de la Universidad, a partir de 1999, ya que el salón de Actos de la EE resulta insuficiente para albergar a la cantidad de personas que acuden a ella (La LXIII Promoción de Enfermería. 1996; La última promoción del milenio. 1999; Sesenta y ocho estudiantes de Enfermería se gradúan en la Universidad de Cantabria. 2007).

Desde 1998 la Dirección de la EE comienza a mantener reuniones trimestrales con los Delegados de curso y Centro para llevar a cabo el seguimiento y evaluación de la docencia y de otros aspectos relacionados con los servicios de la EE y de la Universidad. Se inicia, también en este año, la recogida, análisis y presentación de datos sobre rendimiento académico de los estudiantes, así como de vigilancia de su salud en relación con los accidentes ocurridos durante la actividad docente (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1998). Al año siguiente comenzarán a sistematizarse las encuestas a los estudiantes sobre la actividad del profesorado y se constituirá la Comisión que realizará la Evaluación de la Titulación, en el marco del plan de calidad de la Universidad Española (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 1999).

Durante este período de tiempo se desarrolla una amplia formación de postgrado que realizan mayoritariamente los egresados recientes, aunque a partir de la creación del Departamento de Enfermería será éste el encargado de su organización. En cambio, irán extinguiéndose paulatinamente las especialidades del plan de estudios anterior: Fisioterapia y Radiología y Electrología finalizaron en el curso 1981/82 y Asistencia Obstétrica-Matrona, en 1987/88 (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012b; Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1972 -).

La EE también participa activamente en las movilizaciones que en los últimos años de esta década llevará a cabo el colectivo enfermero para la consecución de un segundo ciclo o una licenciatura para enfermería que permita desarrollar una carrera académica sin limitaciones (Estudios de segundo ciclo de Enfermería. 1998; Enfermería quiere un segundo ciclo. 1999; Una licenciatura independiente. 1999; Concentración de los alumnos de Enfermería para pedir la licenciatura. 2001; El Consejo de Universidades aprobará el segundo ciclo de Ciencias de la Salud. 2001; Fernández, 1998; L.F., 1996; Nespral, 1997; Nespral, 1998; P.L.N., 1999; R.M.R., 1999; Ruiz, 2000a; Ruiz, 2001). Este deseo aún tardará casi veinte años en convertirse en realidad.



Promoción del primer plan de estudios de la Diplomatura

6.2.3.2 El segundo plan de estudios y la consolidación en la Universidad (1999-2010)

La nueva etapa conducirá no sólo al afianzamiento de la formación universitaria para la disciplina enfermera sino también a la plena inserción de la EE en la Universidad. Sin embargo, el período de transición entre uno y otro plan de estudios fue problemático: hubo dificultades para impartir la docencia en varias asignaturas, debido a la negación de la compatibilidad a profesionales por parte del Servicio Cántabro de Salud, lo que impedía que pudieran ser contratados como profesores asociados por la Universidad. Fue difícil, también, organizar las extensas y diversificadas prácticas clínicas que planteaba el plan de estudios, ya que el accidente que sufrió el Hospital, en noviembre de 1999, limitaba los recursos sanitarios y era necesario negociar y regular los geronto-geriátricos y sociosanitarios (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2000; Nespral, 1997; Nespral, 2004).

El nuevo plan de estudios de Diplomado en Enfermería de la EE comienza en el curso 1999/2000, al tiempo que se va extinguiendo el anterior (Nuevo programa de estudios en la Escuela de Enfermería. 1999; Nespral, 2004). Constaba de 232 créditos organizados en tres cursos académicos: 61,5 en primero, 85 en segundo y 85,5 en tercero. Estos créditos suponían 4.600 horas de formación, ya que su equivalencia era distinta en función de que fueran teóricos (T), teórico-prácticos (TP) y prácticos o clínicos (P). Así los primeros eran de 10 horas, los segundos de 15 y los últimos de 35 horas, de los que 20 debían ser presenciales. Esta equivalencia no se aplicaba a las materias optativas, en las que todos los créditos, independientemente del tipo que fueran, tenían una correspondencia de 10 horas (RESOLUCIÓN de 7 de junio de 1999, de la Universidad de Cantabria, por la que se hace público el plan de estudios conducente al título de Diplomado en Enfermería de esta Universidad).

Asignaturas impartidas en el 2º Plan de Estudios de Diplomado
Escuela U. "Casa de Salud Valdecilla" (Cursos 1999/2000 y 2011/2012)

MATERIAS TRONCALES		
Denominación y Asignaturas	Créditos	Contenidos
Administración de Servicios de Enfermería.	7 (4T/3P)	Sistemas de Salud. Planificación y economía sanitaria. Administración de servicios de enfermería.
Ciencias Psicosociales Aplicadas.	6 (4T/2P)	Aspectos psicológicos y sociales de los Cuidados de Enfermería
Enfermería Comunitaria. Ecología humana. Se organiza en tres asignaturas: <i>E. Comunitaria I, II y III</i>	7,5 (6T/1,5P) 5,5 (2T/1TP/2,5P) 15 (4T/1TP/10P)	Concepto de salud y factores que la condicionan. Morfología y fisiología de los microorganismos. Infección. Inmunidad. Vacunas y sueros. Bioestadística y demografía aplicada. Sistemas de salud. Tendencias. Atención primaria de salud. Diagnóstico y plan de salud. Programas de salud. Cuidados de Enfermería a individuos y familias en la comunidad. Educación para la salud. Método epidemiológico y vigilancia epidemiológica.
Enfermería Geriátrica.	7,5 (2T/1,5P/4P)	Teorías del envejecimiento. Aspectos demográficos, sociológicos y psicológicos del envejecimiento. Cuidados de enfermería al anciano sano y enfermo.
Enfermería Materno-Infantil. Se organiza en dos asignaturas: <i>E Materno-Infantil I y II</i>	9 (2,5T/1,5TP/5P) 9 (2,5T/1,5TP/5P)	Reproducción humana. Mantenimiento de la salud reproductiva humana. Problemas de salud en la reproducción humana. Desarrollo normal de la gestación, parto y puerperio. Alteraciones de la gestación, parto y puerperio. Cuidados de enfermería en la gestación, parto y puerperio normales y patológicos. Características generales del recién nacido sano y desarrollo del mismo hasta el primer mes de vida. Crecimiento y desarrollo del niño sano hasta la adolescencia. Alteraciones más frecuentes en esta etapa de la vida. Cuidados de enfermería en las distintas alteraciones de las necesidades del niño.
Enfermería Médico Quirúrgica. Se organiza en dos asignaturas: <i>E. Médico-Quirúrgica I y II</i>	31 (7,5T/3,-5TP/20P) 23 (5T/2TP/16P)	Procesos desencadenantes de las enfermedades. Fisiopatología de las diversas alteraciones de la salud. Necesidades y/o problemas derivados de las patologías más comunes que se presentan en los diferentes aparatos y sistemas del organismo humano. Tecnología de enfermería para la atención a individuos con problemas médico-quirúrgicos. Cuidados de enfermería a individuos con problemas médico-quirúrgicos.
Enfermería Psiquiátrica y de Salud mental.	10,5 (2,5T/1,5TP/5P)	Salud mental y modo de vida. Atención de enfermería de salud mental al individuo, familia y comunidad. Métodos de evaluación psicopatológica. Factores causales de la enfermedad mental. Trastornos mentales. Terapias biológicas y psiquiátricas. Aspectos psiquiátricos de los cuidados de Enfermería.

Estructura y función del cuerpo humano.	6,5 (5,5T/1P)	Citología. Embriología. Histología. Estudio anatómico de los diferentes órganos, aparatos y sistemas.
Se organiza en dos asignaturas: <i>Anatomía y Fisiología</i>	9,5 (8T/1,5P)	Fundamentos de genética. Estudio fisiológico de los diferentes órganos, aparatos y sistemas. Principios inmediatos. Biocatalizadores. Oligoelementos. Vitaminas y hormonas. Bioquímica y Biofísica de las membranas, músculos y nervios.
Farmacología nutrición y dietética.	4,5 (3,5T/1P)	Necesidades nutricionales y alimentarias en las distintas etapas vitales. Los alimentos: Manipulación y reglamentación. Sustancias nutritivas y no nutritivas. Dieta y equilibrio alimentario. Dietética terapéutica.
Se organiza en dos asignaturas: <i>Nutrición y Dietética y Farmacología</i>	5,5 (3T/1,5TP/1P)	Acción, efecto e interacciones medicamentosas. Fármacos más comunes empleados en el tratamiento de las enfermedades.
Fundamentos de enfermería.	19 (9,5T/1,5TP/8)	Marco conceptual de enfermería. Teoría y modelos. Metodología de enfermería (procesos de atención de enfermería). Cuidados de enfermería.
Legislación y ética profesional.	3 (2T/1P)	Normas legales de ámbito profesional. Códigos deontológicos profesionales y otras recomendaciones éticas.

MATERIAS OBLIGATORIAS DE UNIVERSIDAD		
Denominación y Asignaturas	Créditos	Contenidos
Generalidades de Enfermería Médico-Quirúrgica.	5,5 (5T/0,5P)	Conceptos generales. Fisiopatología. Medidas terapéuticas y Cuidados de Enfermería de las diversas alteraciones de salud que afectan al individuo en cualquiera de los diferentes sistemas.
Promoción de la Salud.	6 (5T/1P)	Conceptos. Principios y estrategias. Metodología. Programas. Propuestas de trabajo.

Tabla 5. Elaboración propia a partir de la Resolución de 7/06/1999, de la U. de Cantabria.

Se proponían, además, veintisiete materias optativas de 4,5 créditos, entre las que los estudiantes debían realizar un total de 18 créditos en segundo y tercer curso. A través de estas asignaturas también podían llevar a cabo los 23,5 créditos de libre configuración que incluía el plan de estudios.

La docencia de la mayoría de las asignaturas que se impartieron, tanto troncales, como obligatorias y optativas, se asignó al área de conocimiento Enfermería, salvo las de Anatomía, Fisiología y Farmacología que lo fueron, respectivamente, a las áreas de Ciencias Morfológicas, Fisiología y Farmacología (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 1999).

A pesar de las dificultades iniciales, el plan de estudios se llevó a cabo de acuerdo a los contenidos, actividades y dedicación regulados y se desarrolló apenas sin cambios durante toda su impartición. La organización docente de cada curso académico, cuyo calendario fija la Universidad, es aprobada antes de finalizar el curso anterior por los órganos competentes de los respectivos Departamentos, de la EE y de la Universidad. Se organizan, así mismo, las fechas y horarios de todas las actividades y de los exámenes y, toda esta información, se publica en los tabloneros de anuncios de la EE, en la página Web de la Universidad y en la de la EE, a partir de 2004 (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2003; Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2004a). Además, la Universidad comienza a organizar la docencia virtual (Escuela

de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2000) y, progresivamente, irán siendo virtualizadas la mayoría de las asignaturas de la titulación.

Toda la información relativa a la organización docente de las asignaturas se conserva en los archivos de los respectivos Departamentos, de la EE y de la Universidad, y los calendarios, horarios e incidencias en los archivos informáticos de la Secretaría de la Dirección de la EE. Así mismo, la Universidad remitía el plan docente, una vez ejecutado, a las Delegaciones de estudiantes de cada centro para que efectuasen el contraste de su cumplimiento (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2000; Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2001). La EE también sistematiza desde el inicio de este plan de estudios la evaluación del profesorado con el modelo y los requisitos definidos por la Universidad.

La organización no varió apenas respecto a la del plan anterior, pero como el número de horas presenciales era mayor, fue necesario aumentar la dedicación de los estudiantes para poder cumplirlas (Ruiz, 1999). Teniendo en cuenta que las actividades TP y P continúan siendo obligatorias, los estudiantes realizan actividades docentes durante doce horas al día, excepto el escaso tiempo de las comidas y los viernes por las tardes, ya que, gran parte de los tres años de formación simultanean actividades de aula y prácticas clínicas. Tanta es su dedicación durante estos años que se habilitaron en la EE dos espacios en los que puedan comer durante el escaso tiempo del que disponen (Ruiz, 2005). Reproducimos la organización del curso 2001/02 que, con ligeros ajustes, se mantiene hasta su extinción en el curso 2011/12 (Escuela de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”, 2001):



Actividades formativas del alumnado de la Diplomatura

**Organización de la actividad docente del 2º Plan de Estudios de Diplomado
Escuela U. “Casa de Salud Valdecilla” (Curso 2001/2002)**

CURSO PRIMERO		CURSO SEGUNDO		CURSO TERCERO	
I	II	I	II	I	II
Actividades de aula (15 semanas)	Actividades de aula (9 semanas)	Actividades de aula (15 semanas)	Actividades de aula (9 semanas)	Actividades de aula (13 semanas)	Actividades de aula (15 semanas)
	Prácticas Clínicas (6 semanas)	Prácticas Clínicas (12 semanas)	Prácticas Clínicas (14 semanas)	Prácticas Clínicas (5 semanas)	Prácticas Clínicas (18 semanas)
Exámenes (3 semanas)	Exámenes (3 semanas)	Exámenes (3 semanas)	Exámenes (3 semanas)	Exámenes (3 semanas)	Exámenes (3 semanas)

Tabla 6. Elaboración propia a partir de los libros de Organización Docente.

Esta organización resulta tan compleja y exhaustiva que, para hacerla más comprensible, parece necesario explicar las líneas generales de la temporalización de cada curso (Escuela de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”, 2001):

- Primer curso: durante las 24 semanas de actividades de aula las clases T se realizan por las mañanas y las TP por las tardes, las P pueden ser en horario de mañana o tarde.
- Segundo curso: durante el primer cuatrimestre las actividades T se realizan por las tardes y las TP por las mañanas en el periodo en que no hay P, es decir, las tres primeras semanas y los viernes; las P se simultanean durante 12 semanas con el resto de las actividades y se realizan de lunes a jueves por las mañanas. En el segundo cuatrimestre los horarios son similares salvo que las P se realizan de lunes a viernes, y de mañana o tarde, en las 5 semanas en que no coinciden con las actividades de aula.
- Tercer curso: durante 8 semanas del primer cuatrimestre realizan actividades T por las mañanas y TP por las tardes y, las 5 en que simultanean actividades de aula y P, realizan éstas por las mañanas de lunes a jueves y, las T y TP, por las tardes y los viernes. Durante el segundo cuatrimestre tienen actividades P por las mañanas o por las tardes los tres días que no tienen actividades T y TP, salvo tres semanas que solamente tienen P.

Coincidiendo con el nuevo plan de estudios se establecen los Reglamentos de Evaluación por Compensación (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2001) y de Tutorías Académicas Individualizadas (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2002), de modo que, a cada alumno que comienza su formación en la EE, se le asigna un profesor o profesora que será el encargado de su seguimiento y asesoría académica durante el tiempo que permanezca en ella.

Este mismo año se crea, y se empieza a otorgar, el premio Profesor Jordá al mejor expediente académico de cada curso (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2002); se sistematizan las Jornadas de Acogida para los estudiantes de primer curso y se amplían las de Acercamiento a la Universidad para los de secundaria y formación profesional que venían realizándose desde la década anterior (Florez, 1996a). Al mismo tiempo se promueven los programas de intercambio con Escuelas de Enfermería españolas y extranjeras: Séneca (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2002), Sócrates-Erasmus (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2004a; Florez, 1996b) y convenios específicos con hispanoamericanas (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2007).

En 2003 se fija una Normativa de Prevención de Riesgos en los estudiantes (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2003) y tres años más tarde se aprueba un RRI para las Prácticas Clínicas (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2006), en el que se regulan determinados aspectos de esta actividad docente que necesitan un tratamiento específico por las peculiaridades que presentan. Así se reglamentan aspectos académicos relacionados con la obligatoriedad de cumplirlas y con la recuperación de las faltas y de los suspensos; el calendario y la organización; la indumentaria y otros requisitos para su realización, y la conducta a seguir durante ellas y con los usuarios. Se describen los centros sanitarios y socio-sanitarios en los que se realizan las prácticas de cada asignatura y la normativa sobre objetivos y evaluación. Así mismo, se incluye un anexo informativo sobre la uniformidad e identificación; los vestuarios y taquillas; las vacunas y otras pruebas; la actuación en caso de accidente y las normas de protección universal, y el seguro escolar. Esta normativa se entregaba a los estudiantes a su ingreso en la EE y, en la actualidad, está incluida en la página Web.

También en 2003 se produce la renovación de los Estatutos de la Universidad, en aplicación de la reciente regulación universitaria (LEY ORGÁNICA 6/2001, de 21 de diciembre de Universidades) y, en el mes de noviembre, la EE reforma su RRI (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2003) que será aprobado unos meses después por el Consejo de Gobierno de la Universidad. El Reglamento contiene un breve Preámbulo sobre los antecedentes de la EE y la justificación de su reforma, 6 Títulos con 17 artículos, y tres disposiciones: Transitoria, Adicional y Final. En ellos se especifican la estructura, fines y funciones; las elecciones y la junta electoral y la reforma del Reglamento (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2004b).



Promociones del Segundo plan de estudios de la Diplomatura

A finales de este mismo año se crea una Comisión para organizar los actos conmemorativos del 75 aniversario de la EE. Dicha Comisión estaba integrada por una representación de todos los colectivos de la EE, de los egresados y de las instituciones que han tenido vinculación con ella, como el Colegio Profesional y el Servicio Cántabro de Salud (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2003).

Para celebrar este aniversario se llevaron a cabo diferentes actos, entre el mes de marzo de 2004 y enero del año siguiente (71 promociones se han formado en la Escuela de Enfermeras de Valdecilla que cumple 75 años. 2004). El primero de ellos fue la convocatoria de un concurso para el diseño de un logotipo alusivo a dicho evento. El logotipo premiado, se incluyó durante todo el año en la comunicación de la EE, tanto postal como electrónica.



Entre tanto se organizó una exposición, comisariada por la subdirectora de la EE María Jesús Agudo que trataba de representar la evolución de la formación enfermera a lo largo de la historia de la EE (Exposición sobre los 75 años de la Escuela de Enfermería. 2004). Comenzaba con una gran cartela que relataba retazos de su historia, estaba presidida por los cuadros del Marqués de Valdecilla y de la Marquesa de Pelayo, y mostraba la imagen de la alumna y de los responsables de su formación en los primeros años de la EE, así como mobiliario y material clínico y bibliográfico de distintas épocas.





Se exponían también copias de las fichas de las alumnas, en las que se especificaban los motivos por los que no se les había permitido finalizar sus estudios.



Así como fotografías de los primeros treinta años con escenas tanto de la práctica como de la residencia o de las actividades lúdicas.



Todo este material se exhibió en una Sala de Exposiciones de la Universidad situada en el edificio de la Escuela Técnica Superior de Náutica; se inauguró el día 10 de mayo y se mantuvo abierta tres horas diarias durante el resto del mes, con la presencia de una profesora o profesor y de dos estudiantes para informar sobre ella y realizar visitas guiadas. A los visitantes se les entregaba un tríptico en el que se describía el objetivo de la exposición y una breve historia de la EE.

Para promover las visitas a la exposición por parte del colectivo enfermero, el día 21 de mayo se realizó en el Salón de Actos del mismo edificio la Jornada anual que, desde 1997, viene realizando la Enfermería de Cantabria para conmemorar el Día Internacional de la Enfermería (La Escuela Universitaria celebró el Día de la Enfermería. 1996; Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2004a; Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2004b; M.A.S, 1997; Nespral, 1998).

Para esta exposición se contó con las aportaciones y colaboración tanto del Hospital Valdecilla y de la Fundación Marqués de Valdecilla como de antiguas alumnas. Las fotos antiguas, que junto al cuadro con las fichas de alumnas permanecen ahora en uno de los pasillos y hall de la EE (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2004b), pertenecen a la colección de Jose Luis Arauna, ya que él y su padre fueron fotógrafos del hospital durante más de 50 años. Las fotografías de la exposición fueron realizadas por Jose Miguel del Campo y forman parte del archivo fotográfico de la Escuela.



Por último, el día 20 de enero de 2005, se celebró un homenaje a Ascensión Echezarreta, Emilia Iglesias y Pilar Redondo, las únicas enfermeras de esa primera promoción que aún permanecían vivas, a las que se impuso la Insignia de Oro de la Escuela (La Escuela de Enfermería clausura hoy los actos de su 75 aniversario. 2005; A.F., 2005). La ceremonia, celebrada en el Paraninfo de la Universidad, fue presidida por el Rector y contó con la presencia de la Presidenta de la Conferencia de Directores de Escuelas de Enfermería de España y de muchos otros Directores de Escuelas, ya que se aprovechó esta celebración para celebrar una reunión al día siguiente. Este acto pretendió ser un “reconocimiento, no sólo a estas tres enfermeras de la primera promoción, sino también a la profesión en su conjunto y, en especial, a las 4.722 alumnas – contando las actuales - que han ingresado en ella y a los recuerdos, positivos y negativos, pero en todo caso imborrables, que han impregnado nuestra experiencia de vida” (Nespral, 2005).



Celebración del 75 aniversario de la Escuela



Celebración del 75 aniversario de la Escuela

La EE vuelve a ser evaluada por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) en 2004 (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2004a; Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2005) ya que, en la del año 2000, se había evaluado el primer plan de estudios de la Diplomatura (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2000; Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2001). Entre una y otra evaluación se llevan a cabo las mejoras propuestas por los Comités Internos y Externos.

Durante este año la Dirección de la EE participa en la elaboración del Libro Blanco de la Enfermería que promueve la Conferencia de Directores de Escuelas de Enfermería Estatales y que es financiado por la ANECA (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2004b). El Libro Blanco, que se presenta en el mes de mayo de 2004, servirá de orientación para la elaboración de las directrices del Plan de Estudios de Grado en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) (*Segunda convocatoria de ayudas para el diseño de planes y títulos de Grado. Proyecto de la titulación de Enfermería*. 2004).

En estos momentos también la Universidad de Cantabria está iniciando la reorientación de la formación hacia los requisitos del Espacio Europeo de Educación Superior (EEEE) y promueve el desarrollo de Planes Piloto en las titulaciones. En la EE se iniciará un Plan Piloto en primer curso (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2005) que no progresará a los otros dos por la imposibilidad de reducir la presencialidad y concentrar en sólo tres años las 4.600 horas del plan de estudios, aunque desarrolla proyectos de innovación de la actividad docente (Rojo Puente, 2008a). La Universidad inicia el mapa de titulaciones del EEES y los estudiantes comenzarán a recibir el Suplemento Europeo al Título (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2006).

En 2006 varias Escuelas de Enfermería inician programas oficiales de posgrado (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2006; P.L.N., 1999; R.M.R., 1999) y la Universidad de Cantabria suscribe un convenio con la de La Complutense para que imparta en la EE el Máster Oficial de Investigación en Cuidados que tienen acreditado. Será realizado durante el siguiente curso por la mayoría del profesorado, tanto titular como asociado, del Departamento de Enfermería, ya que son, mayoritariamente, Diplomados en Enfermería. Esto está permitiendo que muchos de ellos estén realizando actualmente la tesis doctoral que les permitirá acceder al Grado de Doctor que se exige en el momento actual para ser profesor permanente en la Universidad española y para impartir las titulaciones de Grado y Posgrado (LEY ORGÁNICA 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades). Esta nueva legislación universitaria se traspone tanto a los Estatutos de la Universidad como a los RRI de los centros y departamentos que la componen.

Este mismo año la EE inicia un proyecto con Benin, mediante el cual siete alumnas de tercer curso se desplazarán al país durante dos meses para llevar a cabo actividades promotoras y

preventivas, encuadradas en las prácticas clínicas de dos asignaturas. Irán acompañadas de la profesora asociada Pilar Río que dispone de amplia experiencia en cooperación y conoce el país (Siete estudiantes de Enfermería de la Universidad harán sus prácticas en Benin. 2007; Cores, 2007; Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2006). Este proyecto que cuenta con el apoyo económico de la Universidad y tiene vocación de continuidad, se interrumpe pocos días antes de finalizar el período de estancia previsto, debido al fallecimiento en accidente de la profesora que acompaña a las alumnas (Muere en un accidente de tráfico en Benín una profesora asociada de la UC. 2007; Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2007). En el mes de diciembre, aprovechando unas Jornadas de Cooperación que se organizan desde hace varios años en la EE, se otorga la Insignia de Oro de la EE a la familia de la enfermera fallecida y se denomina con su nombre a una de las Aulas (E.P., 2007; Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2007).

Se inicia, también este mismo año, formación especializada en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2006). Aunque la regulación actual de la especialización enfermera es competencia del Servicio de Salud, la Unidad Docente responsable de la formación es, en nuestro caso, compartida entre la Universidad y el Servicio Cántabro de Salud (SCS), de modo que la subdirección es ocupada por una de las profesoras de la EE, tres de sus profesores forman parte de la Comisión de Docencia y gran parte de la docencia es impartida por profesorado de la EE y de otros departamentos de la Universidad (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2006).

Hasta el mes de octubre de 2012 se han titulado en la EE como Diplomados un total de 1.959 estudiantes, a los que deberán sumarse quienes tengan pendiente alguna asignatura de dicho Plan de Estudios, del que existirán convocatorias hasta septiembre de 2014 (Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012a; Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1930-2012b; Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1932-1971; Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”, 1972 -). La procedencia del alumnado vuelve a ser desde el año 2002, en que esta Universidad estableció el distrito único, de varias Comunidades Autónomas y provincias españolas (Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2002). También la demanda continúa siendo muy alta (*Segunda convocatoria de ayudas para el diseño de planes y títulos de Grado. Proyecto de la titulación de Enfermería* 2004, pp. 32-36; Ruiz, 2000b; Ruiz, 2004).

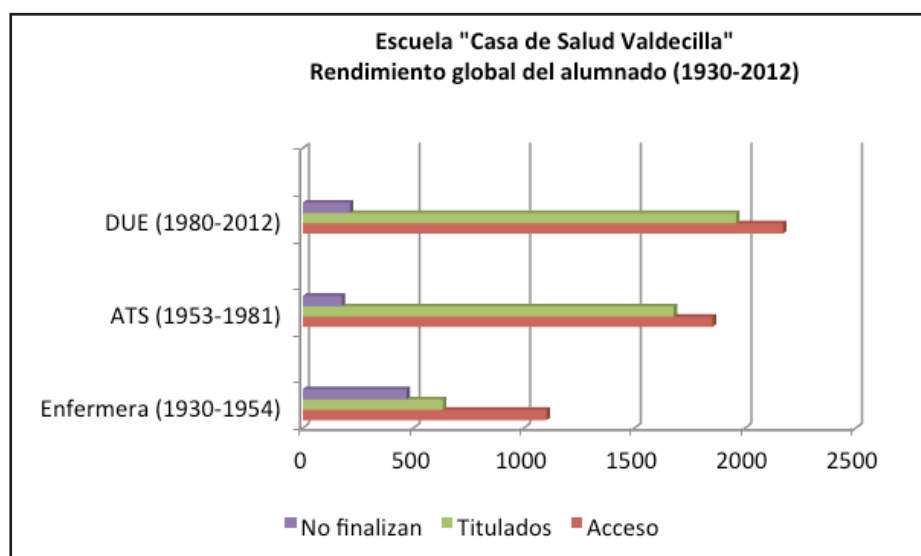


Gráfico 3. Elaboración propia a partir de los Libros de Matrícula y de Títulos expedidos.

6.2.4. La Enfermería del futuro: los estudios de Grado, Postgrado y Doctorado.

A partir de 2007 comienza a regularse la formación universitaria en el marco del EEES: "la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales" (REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales); "las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería" (Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería) y "los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero (ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero).

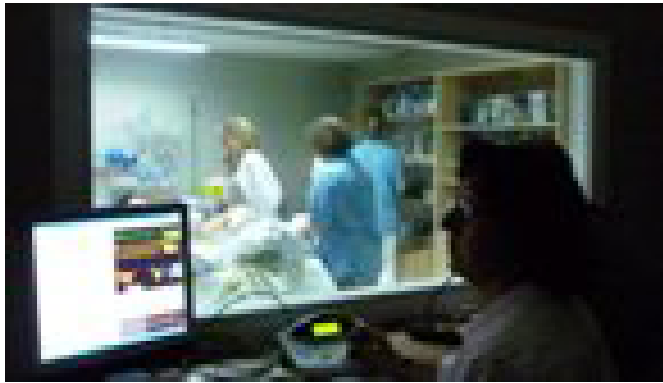
La EE diseña la Memoria para la solicitud del Título Oficial de Grado en Enfermería (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2008; Rojo Puente, 2008b), que será verificada por la ANECA en el mes de diciembre de 2009 (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2009). Al año siguiente comienza a impartirse el primer curso (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2010), al tiempo que se extingue curso a curso la Diplomatura. En el segundo cuatrimestre de este curso se realiza también el primer curso de Adaptación al Grado para los Diplomados en Enfermería, del que, en los años siguientes, se impartirán dos en cada curso. Este mismo año también se aprueba el posgrado oficial en Gestión Integral e Investigación en Cuidados de las Heridas Crónicas (Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2010), que comienza a impartirse el curso 2011/2012.

En EL 2007 alcanza el grado de doctor el primer profesor enfermero, Jaime Zabala previa realización de la licenciatura en Antropología Social y Cultural, al que seguirán otras profesoras que acceden a partir de ésta u otras titulaciones. A partir de 2011 comenzarán a presentar las tesis doctorales el profesorado que realizó el master en Investigación en Cuidados impartido en la Escuela por la Universidad Complutense.

En las elecciones celebradas en 2008 resultará elegida para ocupar la Dirección de la EE la profesora María Madrazo (Toma de posesión de la directora de la Escuela de Enfermería. 2008).



Actividades formativas durante la década de 2000



Actividades formativas durante la década de 2000

CAPÍTULO 7:

RESULTADOS DE LOS MANUALES DE USANDIZAGA PARA LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS



Los Manuales que Manuel Usandizaga publicó entre los años 1934 y 1970 constituyeron los textos, casi exclusivos hasta la década de los sesenta, en los que se basó la formación enfermera en la EE.

Apoyamos esta aseveración, en primer lugar, en la propia experiencia de formación en la misma durante los años 1967 a 1970, ya que el Manual de la Enfermera y el Practicante, en su edición de 1964, continuaba siendo, todavía, el texto básico que utilizaban las alumnas de la EE. Solamente era complementado con otro en segundo curso (*Ayudantes técnicos sanitarios: Unificación de las carreras de practicantes, matronas y enfermeras: Segundo curso: Contestaciones ajustadas al programa oficial*. 1966) y a ellos se añadía, para cada curso, un pequeño texto de Moral Profesional editado en Santander (Rey, 1961; Rey, 1963; Rey, 1965).

Por otra parte, la búsqueda bibliográfica del término “enfermera” realizada en el Catálogo de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria, entre los años 1900-1960, muestra la escasez de bibliografía existente; aparecen de estos años, únicamente, siete libros, de los que sólo cuatro tienen características similares al de Usandizaga (Box María-Cospedal, 1947; De Murga y Serret, Manella Méndez, de Murga Jiménez, & Araujo Múgica, 1957; De Murga y Serret, 1949; Mut, 1917). Los tres restantes están en francés o inglés, versan sobre aspectos más específicos, o son comunes a enfermeras, practicantes y matronas (Chaptal, 1935; Goodrich, 1932; Schroeder, 1959; Álvarez-Sierra y Manchón & de Murga y Serret, 1955).

Son siete, también, los libros que existen en la Biblioteca bajo el término de “practicante”, el primero de 1918 (Cubells Blasco, 1918). Hay, además, otros dos, uno de farmacología para Auxiliares Sanitarios, de 1953, y otro de reanimación y analepsis para religiosas auxiliares sanitarias, de 1957. La bibliografía más extensa corresponde al término “ATS” – doce libros –, aunque es mucho más reciente, ya que el primer libro está publicado en 1954. La mayoría de estos libros están dedicados a las disciplinas más biomédicas (patología quirúrgica, laboratorios, biología, otorrinolaringología, terapéutica, etc.) y, unos pocos, tratan de otros aspectos de la formación, como las prácticas, la historia de la profesión o la psicología.

Ambos motivos – el que la formación en la EE se basara en estos Manuales y la escasa bibliografía existente en estos años – inducen a pensar que el estudio de los Manuales de Usandizaga constituye un valioso instrumento de conocimiento y comprensión de la formación enfermera, no sólo de la EE sino, también, del resto de España e, incluso, de otros países, puesto que existe constancia de que llegaron “a difundirse por algún país hispanoamericano también con varias reediciones (Véase, por ejemplo: USANDIZAGA, M.: Manual de Enfermería. Editora Nacional. México, 1961, 4ª edición)” (Valle Racero, 2003).

Organizaremos este capítulo en dos partes. En la primera se describen los seis Manuales de la Enfermera publicados hasta 1952 (Usandizaga, 1934; Usandizaga, 1938; Usandizaga, 1940; Usandizaga, 1943; Usandizaga, 1950; Usandizaga, 1952) y, en la siguiente, los tres Manuales de la Enfermera y del Practicante, cuya última edición se publicó en 1970 (Usandizaga, 1958; Usandizaga, 1964; Usandizaga, 1970).

Ocho de las nueve ediciones se conservan en la Biblioteca de Biociencias de la Universidad de Cantabria. De la quinta, que corresponde a la publicada en 1950, se han podido obtener copias de la presentación, prólogos e índice en la Biblioteca de Ciencias de la Universidad de Navarra.

7.1 LOS MANUALES DE LA ENFERMERA.

Las seis ediciones de los Manuales de la Enfermera publicados en los años 1934, 1938, 1940, 1943, 1950 y 1952, tienen características similares, en cuanto a formato, presentación, organización, contenidos y autores. Todas ellas fueron dirigidas por Usandizaga, las cuatro primeras mientras era Director de la EE. En las fechas en que se publicaron las dos últimas ediciones ocupaba dicho cargo Jose Antonio Lamelas que, desde la primera edición, participa en el libro como autor de uno de los capítulos.

Todos los Manuales, que están perfectamente encuadernados, disponen de una portada a la que siguen dos páginas con el título del libro, la primera, y con los autores y datos de la publicación, la segunda. A continuación constan de varias páginas, de presentación, prólogo e índice de las materias, con los temas de cada una, y, en el mismo orden, se van organizando los contenidos de cada materia. Concluyen con un apéndice que es un índice alfabético de términos; antes de él, las tres primeras ediciones contienen otro apéndice que reproduce los 34 temas del Programa Oficial para la Enseñanza de la Profesión de Enfermera.

Los Manuales contienen un extenso material iconográfico al que Usandizaga hacía referencia en el prólogo de la primera edición (Usandizaga, 1934):

Teniendo en cuenta que carecemos de buenos dibujantes especializados, hemos preferido reproducir las figuras de los libros clásicos de Anatomía a hacer unas malas imitaciones de ellas. Por el contrario, todo lo referente a las distintas técnicas de la enfermera lo hemos ilustrado con fotografías originales.

A lo largo del capítulo iremos describiendo y mostrando cada uno de estos elementos, así como resaltando las diferencias entre las sucesivas ediciones, dejando para el final de cada una de las partes del capítulo el análisis de los contenidos, así como un cuadro resumen de las características más importantes de las seis ediciones del Manual de la Enfermera.

7.1.1. *Las características y las portadas de los libros.*

Todas las ediciones disponen de una tapa dura cuyo color cambia en cada edición, sin título, que sí aparece, junto con el nombre del autor – Usandizaga –, en el canto del libro. En éste aparece también el número de edición en el libro correspondiente a la sexta. Su tamaño también es el mismo: 21,5 cm largo por 14,5 de ancho.

Tras la portada se incluyen dos páginas; la primera contiene solamente el título del libro - Manual de la Enfermera - y la siguiente incluye, además, los nombres de los autores y la información de la publicación. A continuación se expone esta segunda página de las seis ediciones:



7.1.2. La presentación.

La presentación, dedicada a los fundadores de la “Casa de Salud Valdecilla” (CSV), ocupa la siguiente página del Manual y es la misma en sus seis ediciones:

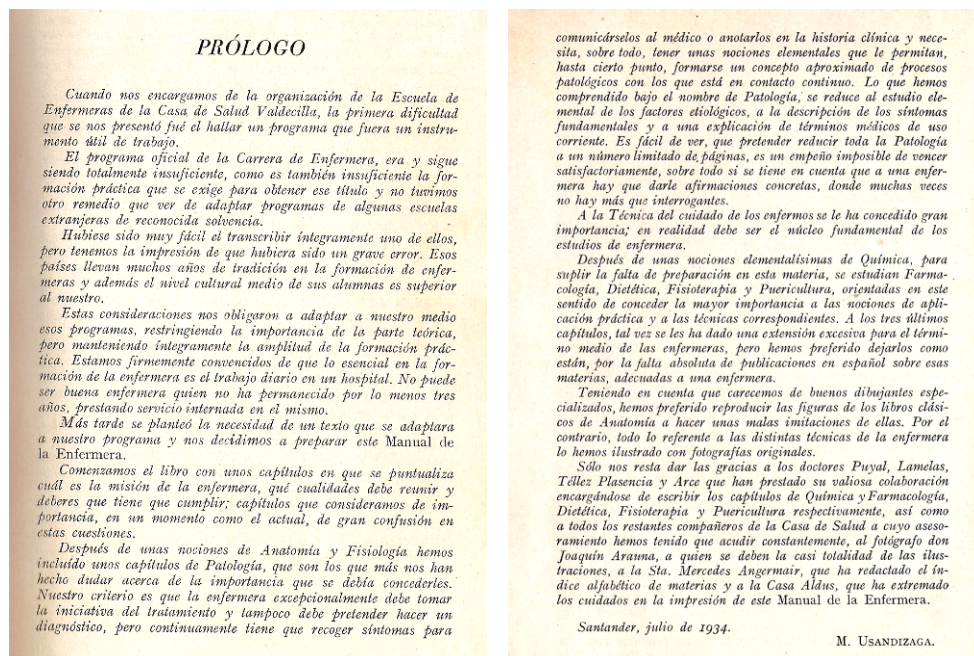
Los que conocen la Casa de Salud Valdecilla y el alto espíritu que supieron infiltrarle sus fundadores, a quienes tanto debe la Beneficencia española, no les extrañará que los nombres de éstos figuren al frente de todos los trabajos que se produzcan en la misma. Con mucho más motivo cuando se trata de un libro que, a no existir la Escuela de Enfermeras de la Casa Salud Valdecilla, no hubiera podido escribirse. Nada más justo que sea el nombre de la Marquesa de Pelayo, la protectora de las enfermeras, prototipo de ese admirable espíritu de caridad al que se deben la mayoría de las obras de asistencia social actuales, el que encabece esta modesta publicación.

7.1.3. Los prólogos.

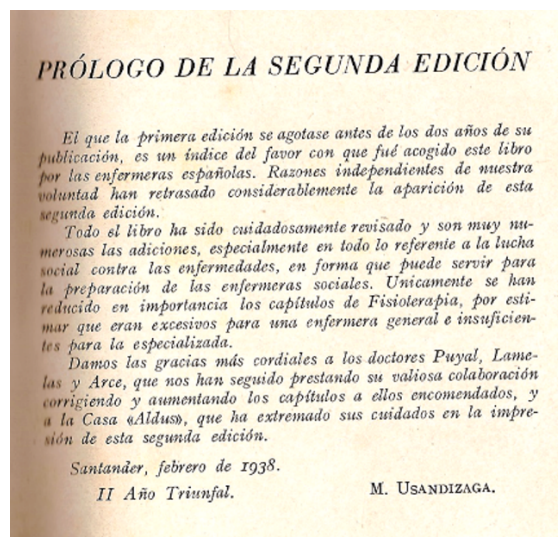
Los prólogos, en cambio, difieren en algunas de las ediciones. El de la primera es el más extenso y continuará incluyéndose en el resto, salvo en la segunda (1938).

En el primer prólogo justificaba Usandizaga la necesidad de elaborar un Manual para la formación de las enfermeras de la CSV porque el programa, tanto teórico como práctico, de la carrera en España era totalmente insuficiente; por este motivo tuvieron que adaptar el de escuelas extranjeras de "reconocido prestigio", restringiendo la formación teórica y manteniendo "íntegramente" la práctica, debido a la falta de tradición en la formación de enfermeras en España y al inferior nivel cultural de las alumnas españolas.

El prólogo continúa con la descripción y justificación de los contenidos del programa y finaliza con el agradecimiento a los doctores, compañeros y personas que han colaborado en la edición del libro (Usandizaga, 1934).



La segunda edición del Manual, que se publica cuatro años más tarde, contiene un breve prólogo en el que se explica que, tras la revisión cuidadosa de los contenidos, se han efectuado algunos cambios (Usandizaga, 1938).



Sólo dos años más tarde se publica la tercera edición en cuyo prólogo, también muy breve, se afirma que no se han hecho cambios sustanciales. Esta edición incluye también los prólogos de las dos ediciones anteriores (Usandizaga, 1940):

PROLOGO DE LA TERCERA EDICION

Esta edición sucede tan rápidamente a la segunda—y aun debía de haber aparecido mucho antes de no mediar dificultades materiales para la impresión—que no ha sido necesario hacer modificaciones fundamentales en el texto que ha sido cuidadosamente revisado y corregido.

Nuevamente tenemos que dar las gracias a los doctores Arce, Lamelas y Puyal que han seguido prestando su valiosa colaboración a este Manual y a la Casa «Aldus» que, como en ediciones anteriores, ha extremado los cuidados en la impresión del libro.

Santander, enero de 1940.

Año de la Victoria.

M. USANDIZAGA.

En el prólogo de la cuarta edición del Manual explica Usandizaga que se han hecho varias modificaciones, para adaptarlo al programa oficial de Enfermeras de las Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermeras reconocidas que había sido establecido en 1941. En este libro continúa adjuntándose el prólogo de la primera edición (Usandizaga, 1943).

PRÓLOGO DE LA CUARTA EDICIÓN

Apenas transcurridos dos años desde la tercera edición, nos vemos precisados a preparar la cuarta, lo cual es el mejor índice de la confianza con que nos honran las enfermeras españolas.

En esta edición se han hecho considerables modificaciones y adiciones. En primer lugar, hemos procurado su adaptación al nuevo programa oficial de Enfermeras de las Facultades de Medicina, así como a los de otras Escuelas. Como son muchas las enfermeras que simultáneamente hacen los estudios de Comadrona y Practicante, nos hemos esforzado en lograr que nuestro libro sirva indistintamente para las tres carreras. En un apéndice incluimos la adaptación del texto a los programas oficiales. Naturalmente, para contestar a las lecciones de Obstetricia incluidas en ellos, es necesario añadir uno de los buenos libros de esta disciplina destinados a las comadronas. Nosotros tenemos el propósito, y esperamos llevarlo pronto a término, de editar un Manual de Obstetricia que complementé al de la Enfermera.

Nuevamente tenemos que dar las gracias a los doctores Arce, Lamelas y Puyal, que han seguido prestando su valiosa colaboración, y a la casa «Aldus», que, como en ediciones anteriores, ha extremado los cuidados en la impresión del libro.

Santander, abril, 1943.

M. USANDIZAGA.

Los prólogos de la quinta y sexta ediciones son breves y definen el interés de los autores del Manual por mantener unos conocimientos accesibles a las enfermeras. Ambos libros contienen también el prólogo de la primera edición (Usandizaga, 1950; Usandizaga, 1952).

PRÓLOGO DE LA QUINTA EDICIÓN

Con el transcurso de los años, ha sido necesario hacer considerables modificaciones en las ediciones sucesivas de este Manual, pero nuestros esfuerzos siempre se han dirigido a evitar que significasen un aumento excesivo en sus dimensiones, que la experiencia ha demostrado ser adecuadas al fin a que está destinado.

En esta nueva edición hemos procurado adaptarnos lo más posible al programa oficial vigente, para facilitar la preparación de los exámenes.

Nuevamente tenemos que dar las gracias a los Doctores Arce, Lamelas y Puyal, que nos han seguido prestando su valiosa colaboración, y a la casa ALDUS que, según inalterada costumbre, ha extremado los cuidados en la impresión de este libro.

M. USANDIZAGA.

Barcelona, enero de 1950.

PRÓLOGO A LA SEXTA EDICIÓN

Las ediciones sucesivas de este Manual se han acompañado de grandes modificaciones en su texto, pero nuestros esfuerzos se han dirigido siempre a mantener el mismo nivel de conocimientos fácilmente accesible a las enfermeras, que es posible haya sido el principal secreto del éxito de este libro.

Una vez más tenemos que reiterar nuestro agradecimiento a los doctores Arce, Lamelas y Puyal, que nos han seguido prestando su valiosa colaboración y a la Casa ALDUS, S. A. que de manera inmejorable ha cuidado de todas las ediciones de este libro.

M. USANDIZAGA.

Barcelona, agosto de 1952.

7.1.4. El índice, las materias, los temas y los autores.

Tanto la organización del índice como de las materias y los temas es similar en todos los Manuales. También en todas las ediciones se mantienen los mismos autores, salvo el de la materia de Fisioterapia - Tellez Plasencia -, que desaparece en la segunda edición. De este modo son cinco los autores de la primera edición y permanecerán cuatro en el resto.

Reproducimos a continuación el índice de la primera edición (Usandizaga, 1934) y describiremos los cambios más importantes que experimentan las otras cinco.

Este primer Manual consta de 10 materias y 104 temas:

ÍNDICE	
LA ENFERMERA (M. Usandizaga)	
	Págs.
I. ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA	2
1. Misión de la enfermera.—2. Profesión y vocación.	
II. CUALIDADES FÍSICAS Y MORALES DE LA ENFERMERA.	4
1. Cualidades físicas.—2. Cualidades morales.	
III. DEBERES DE LA ENFERMERA	7
1. Deberes con los enfermos.—2. Deberes con respecto a los médicos.—3. Deberes con la Institución en que prestan servicio.—4. Deberes con sus compañeras.—5. Deberes consigo misma.—6. Deberes con los Tribunales.	
IV. LA ENFERMERA MODELO	12
ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA (M. Usandizaga)	
	Págs.
I. ANATOMÍA GENERAL.	16
A.—Los seres vivos.	
B.—La célula.—1. Estructura.—2. Funciones.—3. División celular.—4. Diferenciación celular.—5. Clasificación.	
C.—Los tejidos.—1. Tejido epitelial.—2. Tejido conjuntivo.—3. Tejido muscular.—4. Tejido nervioso.—5. Tejidos líquidos.	
D.—El organismo en conjunto.—1. Órganos y aparatos.—2. El cuerpo en su totalidad.—3. Principales cavidades y su contenido.	
II. EL ESQUELETO Y SUS ARTICULACIONES	26
A.—Huesos.—1. Clasificación.—2. Estructura.—3. Composición.—4. Enumeración de los huesos del cuerpo.	
B.—Cráneo y cara.—1. Huesos del cráneo.—2. Huesos de la cara.—3. El cráneo en conjunto.	
C.—Columna vertebral.—1. Descripción de las vértebras.—2. Clasificación.—3. Discos intervertebrales y articulaciones.—4. La columna vertebral en su conjunto.	
D.—Tórax, pelvis y extremidades.—1. Tórax.—2. Pelvis.—3. Extremidad superior.—4. Extremidad inferior.	
E.—Articulaciones.—1. Clasificación.—2. Principales articulaciones.	
III. LOS MÚSCULOS.	45
1. Clasificación.—2. Composición.—3. Funciones.—4. Aponeurosis.—5. Cabeza.—6. Cuello.—7. Tórax.—8. Abdomen.—9. Extremidad superior.—10. Extremidad inferior.—11. Locomoción.	
IV. APARATO CIRCULATORIO	51
1. El corazón.—2. Los vasos sanguíneos.—3. Arterias.—4. Venas.—5. Circulación de la sangre.—6. Tonos del corazón.—7. Pulso.—8. Presión arterial.—9. Electrocardiografía.—10. Sistema linfático.	

ÍNDICE DE MATERIAS	
X1	
PATOLOGÍA (M. Usandizaga)	
	Págs.
I. GENERALIDADES.	124
1. Salud y enfermedad.—2. Causas generales de la enfermedad.—3. Patogenia.—4. Síntomas, diagnóstico, pronóstico.	
II. INFECCIÓN	126
1. Bacterias.—2. Forma.—3. Nutrición.—4. Reproducción.—5. Movimientos.—6. Acción patógena.—7. Asepsia y antisepsia.—8. Esterilización.—9. Condiciones en que se produce la infección.—10. Inflamación.—11. Síntomas de la inflamación.	
III. INMUNIDAD	135
1. Inmunidad natural e inmunidad adquirida.—2. Mecanismo de la inmunidad.—3. Anafilaxia.	
IV. IDENTIFICACIÓN DE LAS BACTERIAS	138
1. Examen al microscopio en fresco.—2. Examen al microscopio de frotis coloreados.—3. Medios de cultivo.—4. Inoculación experimental a los animales de laboratorio.—5. Reacciones serológicas.	
V. FIEBRE.	141
1. Temperatura y su medida.—2. Producción y regulación de la temperatura en el cuerpo humano.—3. Temperatura normal.—4. Fiebre.—5. Causas de la fiebre.—6. Curva de temperatura.—7. Higiene de los febricitantes.—8. Tratamiento de la fiebre.	
VI. PROFILAXIS DE LAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS	145
A.—Transmisión de las enfermedades infecciosas.—1. Mecanismo.—2. Materias infectantes.	
B.—Medidas generales de profilaxis.—1. Aislamiento.—2. Tratamiento de los enfermos.—3. Desinfección.—4. Vacunación y seroterapia preventiva.	
VII. FIEBRES ERUPTIVAS.	149
1. Sarampión.—2. Escarlatina.—3. Viruela.—4. Vacuna.—5. Varicela.—6. Rubéola.	
VIII. ENFERMEDADES INFECCIOSAS (Continuación).	154
1. Tos ferina.—2. Meningitis cerebro-espinal epidémica.—3. Difteria.—4. Fiebre tifoidea.—5. Reumatismo cardior-articular agudo.—6. Neumonía.—7. Gripe.—8. Parotiditis epidémica.—9. Lepra.—10. Paludismo.	
IX. TUBERCULOSIS.	160
X. SÍFILIS Y GONOCOCIA.	167
1. Sífilis.—2. Gonorrea.	
XI. TRAUMATISMOS	170
1. Traumatismos: sus variedades.—2. Contusiones.—3. Heridas.—4. Cicatrización.—5. Primera asistencia a un traumatizado.—6. Primera cura de una herida.	
XII. HEMORRAGIAS.	174
1. Variedades.—2. Cohibición espontánea de las hemorragias.—3. Consecuencias de las hemorragias.—4. Tratamiento de las hemorragias.	

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA	
	Págs.
V. LA SANGRE.	62
1. Composición.—2. Glóbulos rojos.—3. Glóbulos blancos.—4. Fórmula leucocitaria.—5. Plaquetas.—6. Coagulación de la sangre.	
VI. APARATO RESPIRATORIO	66
1. Fosas nasales.—2. Faringe.—3. Laringe.—4. Tráquea y bronquios.—5. Pulmones.—6. Pleuras.—7. Respiración.—8. Modificaciones químicas del aire respirado.—9. Fonación.	
VII. APARATO DIGESTIVO.	73
1. Topografía abdominal.—2. Cavidad abdominal.—3. Peritoneo.—4. Cavidad bucal.—5. Dentadura.—6. Glándulas salivares.—7. Faringe.—8. Esófago.—9. Estómago.—10. Intestino delgado.—11. Intestino grueso.—12. Hígado.—13. Páncreas.—14. Bazo.—15. Digestión de los alimentos.—16. Masticación, digestión bucal y deglución.—17. Digestión estomacal.—18. Digestión intestinal.—19. Absorción.—20. Defecación.	
VIII. METABOLISMO DE LOS ALIMENTOS	85
1. Metabolismo de los hidratos de carbono.—2. Metabolismo de las albuminas.—3. Metabolismo de las grasas.—4. Factores que influyen en el metabolismo.	
IX. SISTEMA NERVIOSO	88
1. Cerebro.—2. Cerebelo.—3. Bulbo raquídeo y protuberancia.—4. Médula espinal.—5. Meninges.—6. Nervios.—7. Función de los centros nerviosos.—8. Las neuronas.—9. Vías motoras.—10. Vías sensitivas.—11. Reflejos.—12. Sistema nervioso simpático.	
X. APARATO URINARIO.	96
1. Riñones.—2. Uréter.—3. Vejiga.—4. Uretra.—5. Secreción urinaria.	
XI. APARATO GENITAL.	101
A.—Órganos genitales femeninos.—1. Vulva y vagina.—2. Útero.—3. Trompas.—4. Ovarios.—5. Ciclo genital.	
B.—Órganos genitales masculinos.	
XII. PIEL Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	107
A.—Piel y sentido del tacto.—1. La piel.—2. Glándulas.—3. Terminaciones nerviosas.—4. Uñas y pelos.	
B.—Sentido de la vista.—1. Aparato ocular.—2. Visión.	
C.—Sentido del oído.—1. Oído externo.—2. Oído medio.—3. Oído interno.—4. Audición.	
D.—Sentido del olfato.—1. Nariz.—2. Funciones de las fosas nasales.	
E.—Sentido del gusto.	
XIII. SISTEMA ENDOCRINO	121
1. Glándulas de secreción interna.—2. Tiroides.—3. Paratiroides.—4. Timo.—5. Suprarrenales.—6. Hipófisis.—7. Glándulas genitales.—8. Páncreas.	

MANUAL DE LA ENFERMERA	
	Págs.
XIII. COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LAS HERIDAS.	180
1. Infección de las heridas.—2. Linfangitis.—3. Eriopela.—4. Septicemia.—5. Gangrena gaseosa.—6. Tétanos.	
XIV. FRACTURAS, ESGUINCES Y LUXACIONES	183
1. Fracturas.—2. Variedades.—3. Síntomas de las fracturas.—4. Tratamiento.—5. Primera asistencia a un fracturado.—6. Esquinces.—7. Luxaciones.	
XV. QUEMADURAS, CONGELACIONES, PICADURAS DE INSECTOS Y HERIDAS EMPONZOADAS	187
1. Quemaduras.—2. Variedades.—3. Tratamiento de las quemaduras.—4. Congelaciones.—5. Picaduras de insectos.—6. Heridas emponzoñadas.	
XVI. ELECTROCUCCIÓN	190
1. Acción de la corriente eléctrica.—2. Socorros que se deben prestar a las personas víctimas de un contacto accidental con conductores eléctricos.—3. Primeros cuidados a los electrocutados.	
XVII. ASFIXIA.	192
1. Causas de la asfixia.—2. Tratamiento.—3. Respiración artificial.	
XVIII. INTOXICACIONES	194
1. Cuadro de la intoxicación.—2. Primeros cuidados a los intoxicados.—3. Intoxicación por ácidos y lejías.—4. Intoxicación por el sublimado.—5. Intoxicación por el fósforo.	
XIX. TUMORES.	195
1. Clasificación.—2. Etiología.—3. Evolución.—4. Tratamiento.—5. Diagnóstico precoz.	
XX. APARATO LOCOMOTOR	200
1. Afecciones óseas.—2. Afecciones articulares.	
XXI. APARATO CIRCULATORIO.	202
1. Pulso.—2. Tensión arterial.—3. Hipertensión.—4. Edema.—5. Síncope y lipotimia.—6. Enfermedades del corazón.—7. Insuficiencia cardíaca.—8. Palpitaciones cardíacas.—9. Angina de pecho.—10. Trombosis y embolia.—11. Procesos vasculares.—12. Cuidados a los cardíacos.	
XXII. SANGRE	208
1. Modificaciones del cuadro sanguíneo.—2. Anemia.—3. Hemofilia.—4. Transfusión sanguínea.	
XXIII. APARATO RESPIRATORIO.	210
1. Alteraciones de la respiración.—2. Tos.—3. Expectोरación.—4. Voz.—5. Enfermedades de los bronquios.—6. Enfermedades del pulmón.—7. Enfermedades de la pleura.—8. Cuidados por la enfermera.	
XXIV. APARATO DIGESTIVO.	214
1. Dolor abdominal.—2. Cólicos.—3. Abdomen agudo.—4. Diarrea.—5. Estreñimiento.—6. Íctericia.—7. Hematemesis.—8. Enterorragia.—9. Alteraciones de la lengua.—10. Vómito.—11. Acidez gástrica.—12. Enfermedades de la boca.—13. Enfermedades de la faringe y esófago.—14. Enfermedades del estómago.—15. Enfermedades del	

ÍNDICE DE MATERIAS	XIII
Págs.	
intestino.—16. Enfermedades del hígado y vías biliares.— 17. Enfermedades del peritoneo.—18. Hernias.—19. Operaciones.—20. Cuidados por la enfermera.	
XXV. SISTEMA NERVIOSO	222
1. Cefaleas.—2. Insomnio.—3. Alteraciones de la motilidad.—4. Dolor.—5. Alteraciones de la sensibilidad.—6. Apoplejía.—7. Afasia.—8. Ataques convulsivos.—9. Coma.—10. Enfermedades orgánicas y enfermedades funcionales.—11. Enfermedades del cerebro.—12. Enfermedades de la médula.—13. Enfermedades de los nervios.—14. Enfermedades de las meninges.—15. Cuidados por la enfermera.	
XXVI. PSIQUIATRÍA	228
1. Síntomas de las enfermedades mentales.—2. Enfermedades mentales más frecuentes.—3. Cuidados por la enfermera.	
XXVII. APARATO URINARIO	230
1. Anomalías de la orina.—2. Anomalías de la micción.—3. Uremia.—4. Análisis de orina.—5. Enfermedades del aparato urinario.—6. Operaciones.—7. Cuidados por la enfermera.	
XXVIII. GINECOLOGÍA	235
1. Alteraciones menstruales.—2. Leucorrea.—3. Enfermedades del aparato genital.—4. Operaciones.	
XXIX. OBSTETRICIA NORMAL	237
1. Fecundación.—2. El feto y sus cubiertas.—3. Signos del embarazo.—4. Higiene del embarazo.—5. Factores que intervienen en el parto.—6. Períodos del parto.—7. Duración del parto.—8. Asistencia al parto.—9. Puerperio.—10. Asistencia al puerperio.	
XXX. PATOLOGÍA OBSTÉTRICA	244
1. Patología del embarazo.—2. Patología del parto.—3. Patología del puerperio.—4. Operaciones obstétricas.	
XXXI. CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO	246
1. Instalación de Crecé.—2. Ligadura del cordón.—3. Asfixia del recién nacido.—4. Toilette.—5. Vestido.—6. Patología de los primeros días de la vida.	
XXXII. DERMATOLOGÍA	249
1. Lesiones elementales.—2. Eczema.—3. Enfermedades producidas por parásitos.—4. Enfermedades producidas por estafilococos, estreptococos, etc.—5. Tuberculosis.	
XXXIII. OFTALMOLOGÍA	251
1. Defectos de refracción.—2. Estrabismo.—3. Catarata.—4. Glucoma.—5. Cuerpos extraños.—6. Conjuntivitis.—7. Dacriocistitis.—8. Operaciones.	
XXXIV. OTORRINOLARINGOLOGÍA	253
1. Enfermedades de la garganta.—2. Operaciones.—3. Enfermedades de la nariz.—4. Operaciones.—5. Enfermedades del oído.—6. Operaciones.	
XXXV. GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNA	256
1. Correlaciones endocrinas.—2. Tiroides.—3. Hipofisis.—4. Cápsulas suprarrenales.	

ÍNDICE DE MATERIAS	XV
Págs.	
1. Medida de la temperatura.—2. Medida del pulso.—3. Medida de las respiraciones.—4. Gráficas.—5. Órdenes del médico.—6. Notas de la enfermera.—7. Escritura.	
VI. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	317
A.—Normas generales.	
B.—Vías de administración.—1. Por la boca.—2. Vía cutánea.—3. Inhalación.—4. Vía rectal.—5. Inyecciones.	
VII. APLICACIONES EXTERNAS	327
1. Calor seco.—2. Hece.—3. Cataplasmas.—4. Bolsa de hielo.—5. Compresas frías.—6. Envoltura fría.	
VIII. BAÑOS TERAPÉUTICOS	332
1. Baños calientes y fríos.—2. Baño permanente.—3. Baños medicamentosos.—4. Duchas.—5. Ducha al enfermo encamado.—6. Baños calientes parciales.—7. Baños de aire caliente.	
IX. RECOGIDA DE MUESTRAS PARA EL LABORATORIO	338
1. Orinas.—2. Hece.—3. Vómitos.—4. Espútos.—5. Sangre.	
X. EL TRABAJO EN LAS SALAS DE ENFERMOS	340
1. Limpieza.—2. Ventilación.—3. Trabajo diario en la clínica.—4. Admisión de enfermos.—5. Defunciones.	
XI. CURAS QUIRÚRGICAS	348
1. Material necesario para un apósito aséptico.—2. Material necesario para una cura antiséptica.—3. Material de drenaje.—4. Preparación para cambiar un apósito.—5. Preparación del carro de curas.—6. Técnica de las curas.	
XII. VENDAJES	353
A.—Vendajes exclusivamente con vendas.—1. Vendas.—2. Manera de arrollar las vendas.—3. Variedades de vendajes.—4. Reglas generales para hacer un vendaje.—5. Vendajes de la extremidad superior y tórax.—6. Vendajes de la extremidad inferior.—7. Vendajes de la cabeza.	
B.—Vendajes con pañuelos.	
C.—Vendajes compuestos.	
D.—Vendajes enyesados.	
E.—Férulas y aparatos.	
F.—Extensiones.	
XIII. ESTERILIZACIÓN	368
A.—Medios de esterilización.—1. Esterilización flameando con alcohol.—2. Esterilización en la estufa de Poupinel.—3. Esterilización por ebullición.—4. Esterilización por el vapor de agua a presión.—5. Esterilización por el alcohol.—6. Esterilización por la formalina.	
B.—Criterio a seguir para la esterilización de material e instrumental.—1. Instrumental.—2. Material de sutura.—3. Ropas y material de curas.—4. Cepillos de manos.—5. Guantes de goma.—6. Sondas, exploradores, etc., de goma semirrigida.	
XIV. ANESTESIA	375
A.—Anestesia general.—1. Anestésicos.—2. Marcha de la anestesia.—3. Técnica de la anestesia.—4. Accidentes durante la anestesia.—5. Tratamiento de los accidentes.	
B.—Anestesia local	

XIV	MANUAL DE LA ENFERMERA	Págs.
	HIGIENE (M. Usandizaga)	
I. AIRE Y AGUA		260
A.—Aire.—1. Composición.—2. Impurificación del aire.—3. Purificación del aire.		
B.—El agua.—1. Composición.—2. Agua potable.—3. Purificación del agua.		
II. HIGIENE DE LA VIVIENDA		264
1. Emplazamiento.—2. Construcción.—3. Distribución.—4. Ventilación.—5. Calefacción.—6. Alumbrado.—7. Evacuación de los excreta.		
III. HIGIENE PERSONAL		269
1. Higiene de la boca.—2. Higiene de la digestión.—3. Higiene de la respiración.—4. Higiene de la piel.—5. Higiene del vestido.—6. Higiene de la visión.—7. Higiene del reposo.		
	TÉCNICA DEL CUIDADO DE LOS ENFERMOS (M. Usandizaga)	
I. CAMAS		278
1. Vestir una cama sin enfermo.—2. Desahacer y airear una cama.—3. Cambiar la sábana superior estando el enfermo acostado.—4. Cambiar la sábana doblada con el enfermo en la cama.—5. Cambiar la almohada.—6. Cambiar el cojín con el enfermo en la cama.—7. Cama para recibir a un enfermo anestesiado.—8. Cama en la posición de Fowler.—9. Cama con los pies elevados.—10. Cama para el aire libre.—11. Limpieza de la cama de un enfermo después de su partida.		
II. LIMPIEZA DEL ENFERMO		288
1. Manos y cara.—2. Boca.—3. Peinado.—4. Limpieza del pelo.—5. Baño general.—6. Desinsectación.—7. Baño en la cama.		
III. SERVIR LA COMIDA DEL ENFERMO		295
1. Preparación del enfermo para la comida.—2. Preparación de la mesa con la comida.—3. Servir la comida.—4. Alimentación de los enfermos que no pueden hacerlo solos.		
IV. CONFORT DEL ENFERMO		299
1. Desnudar a un enfermo estando echado encima de la cama.—2. Vestir al enfermo en la cama.—3. Girar al enfermo en la cama.—4. Cambiar de sitio en la cama.—5. Elevar enfermos que se deslizan en la cama.—6. Posiciones para aumentar la comodidad.—7. Protección de regiones muy sensibles.—8. Mover las extremidades lesionadas.—9. Posición semisentado.—10. Posición sentado en la cama.—11. Pasar a un enfermo de la cama a la silla.—12. Cambiar a un enfermo de cama o de la cama a la camilla.—13. Orinal de cama.—14. Enemas.—15. Prevención de escaras sacras.		
V. TEMPERATURA, PULSO Y RESPIRACIÓN.—LA HISTORIA CLÍNICA		308

XVI	MANUAL DE LA ENFERMERA	Págs.
XV. LA SALA DE OPERACIONES		387
1. Mesa de operaciones.—2. Posición del paciente.—3. Iluminación y calefacción.—4. La enferma no estéril.—5. La enfermera estéril.—6. Aparatos de uso frecuente.		
XVI. CUIDADOS PRE Y POST-OPERATORIOS		404
A.—Preparación preoperatoria.—1. La víspera de la intervención.—2. La mañana de la intervención.—3. Inmediatamente antes de la intervención.		
B.—Cuidados post-operatorios.		
C.—Complicaciones post-operatorias.—1. Colapso.—2. Shock.—3. Vómitos.—4. Dolor.—5. Delirio.—6. Hemorragia.—7. Retención de orina.		
D.—Síntomas de mayor gravedad en los operados.—1. Cabeza.—2. Cuello.—3. Tórax.—4. Abdomen.		
XVII. APARATO RESPIRATORIO Y CARDIO VASCULAR		410
1. Medida de la tensión sanguínea.—2. Ventosas.—3. Administración de oxígeno.—4. Punción pleural.—5. Neumotórax artificial.—6. Punción de pericardio.—7. Sangría.		
XVIII. APARATO DIGESTIVO		419
1. Sondaje gástrico.—2. Desayuno de prueba.—3. Lavado gástrico.—4. Alimentación por la sonda gástrica.—5. Alimentación por sonda nasal.—6. Sondaje duodenal.—7. Enteroclasia.—8. Enzima nutritiva.—9. Proctocolitis: gota a gota rectal (Murphy).—10. Paracentesis.		
XIX. APARATO URINARIO		428
1. Cateterismo vesical en la mujer.—2. Cateterismo vesical en el hombre.—3. Lavado vesical.—4. Instalaciones vesicales.—5. Cistoscopia y cateterismo uretral.—6. Cuidado del material de goma, sondas, etc.		
XX. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA		432
1. Exploración ginecológica.—2. Irrigación vaginal.—3. Limpieza de genitales externos.—4. Preparación de una parturienta.—5. Preparación de la cama para el parto.—6. Preparación para una operación tócológica en el domicilio de la parturienta.		
XXI. OFTALMOLOGÍA		440
1. Reglas generales.—2. Instalación conjuntival de colirios.—3. Irrigación.—4. Compresas húmedas calientes.—5. Aplicación de pomadas en los párpados.—6. Aplicación de pomadas en el saco conjuntival.—7. Extracción de cuerpos extraños conjuntivales.—8. Examen de un niño pequeño.		
XXII. GARGANTA, NARIZ Y OÍDOS		446
1. Exploración del oído en un niño.—2. Irrigación del oído.—3. Irrigación nasal.—4. Taponamiento nasal.—5. Examen de la garganta de un niño.—6. Cuidados a los traqueotomizados.		
XXIII. ENFERMEDADES COMUNICABLES		452
1. Aspeia médica.—2. Aislamiento.—3. Reglas generales de aislamiento.—4. Normas generales para la enfermera.—5. Técnica de la blusa.—6. Lavado de las manos.—		

ÍNDICE DE MATERIAS	XVII
Págs.	
7. Ropa del enfermo.—8. Medida del pulso.—9. Gráficas, historias clínicas.—10. Alimentación.—11. Medicamentos.—12. Excreciones.—13. Personal secundario.	
QUÍMICA (J. Puyal)	
I. GENERALIDADES.	464
1. Substancias químicas.—2. Cambios de estados.—3. Disolución.—4. Densidad.—5. Combustión.—6. Moléculas y átomos.—7. Símbolos químicos.	
II. QUÍMICA ESPECIAL.	466
1. Hidrógeno. Alcalinidad y acidez.—2. Cloruro, bromo y yodo.—3. Oxígeno.—4. Azufre.—5. Nitrógeno.—6. Fósforo.—7. Carbono.—8. Alcoholes.—9. Hidratos de carbono.—10. Grasas.—11. Proteínas.—12. Metales.	
FARMACOLOGÍA (J. Puyal)	
I. GENERALIDADES.	476
1. Medicamentos.—2. Receta.—3. Posología.—4. Habitación y acumulación.—5. Asociación de medicamentos.—6. Vías de administración.—7. Despacho.—8. Capacidad de algunas medidas de uso corriente.—9. Abreviaturas más usadas en las recetas.	
II. ANTISÉPTICOS, ANTILUÉTICOS Y ANTIPARASITARIOS.	479
1. Antisépticos de acción local.—2. Antisépticos de acción general.—3. Antilúéticos.—4. Medicación antiparasitaria.	
III. PURGANTES ANTIDIARRÉICOS, ETC.	485
1. Purgantes.—2. Antidiarreicos.—3. Alécalos.—4. Eméticos o vomitivos.—5. Cardiotónicos o cardiovasculares.—6. Diuréticos.—7. Sudoríficos o diaforéticos.—8. Expectorantes.	
IV. ANALGÉSICOS, SEDANTES, ANESTÉSICOS E HIPNÓTICOS.	488
1. Analgésicos.—2. Sedantes.—3. Anestésicos.—4. Hipnóticos.	
V. TÓPICOS, ESTIMULANTES Y OPOTERÁPICOS.	490
1. Medicamentos tópicos.—2. Estimulantes generales.—3. Opoterapia.	
DIETÉTICA (J. Lamelas)	
I. DIETA NORMAL.	494
1. Alimentos.—2. Composición.—3. Concepto de la dieta normal.—4. Materia, energía y caloría.—5. Composición de la dieta normal. Metabolismo basal.	
II. ALIMENTOS.	498
A.—Hidratos de carbono.—1. Clasificación.—2. Alimentos en que se encuentran. Clasificación de los mismos según su contenido en hidratos de carbono.—3. Importancia de las verduras y frutas en la alimentación.—4. Transformaciones de los hidratos de carbono en el organismo.	

ÍNDICE DE MATERIAS	XIX
Págs.	
sis piel y dosis profunda.—3. Colocación y protección del enfermo.—4. Reacciones.	
VII. RADIODIAGNÓSTICO.	579
A.—Radioscopia.—1. Colocación del paciente.—2. Reglaje del aparato.—3. Protección del personal.—4. Examen con películas o sustancias opacas.	
B.—Radiografía.—1. La placa o película fotográfica.—2. Colocación del enfermo.—3. Radiografías aparato digestivo.—4. Radiografía de la región lumbar y pelviana.—5. Radiografías con compuestos opacos.—6. Radiografías con inyección de aire.—7. Teleradiografía.—8. Técnica de la radiografía propiamente dicha.—8. Revelado.	
VIII. RADIOTERAPIA.	593
1. Radium.—2. Filtración.—3. Cuidados que requiere su manejo.—4. Técnica de la aplicación.	
PUERICULTURA (G. Arce)	
I. PARTICULARIDADES ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS DEL LACTANTE.	604
1. Aparato digestivo.—2. Heces del niño normal.—3. Aparato circulatorio y sangre.—4. Aparato respiratorio.—5. Aparato urinario.—6. Crecimiento del niño.—7. Erupción dentaria.—8. Osificación.—9. Funciones estáticas.—10. Desarrollo psíquico.—11. Temperatura.—12. Sueño.	
II. LACTANCIA NATURAL.	621
A.—Lactancia materna.—1. La leche de mujer.—2. Indicaciones.—3. Impedimentos por parte de la madre.—4. Impedimentos por parte del niño.—5. Dirección de la lactancia materna.—6. Ración alimenticia del lactado al pecho.—7. Incidentes durante la lactancia.—8. Cuidados alimenticios e higiénicos de la mujer que cría.—9. Alimentación de los gemelos.—10. Vigilancia de la lactancia.—11. Alimentación complementaria.—12. Destete.	
B.—Lactancia mercenaria.—1. Lactancia por nodriza.—2. Indicaciones y contraindicaciones.—3. Elección de la nodriza.	
III. LACTANCIA ARTIFICIAL.	635
A.—Leche de vaca.—1. Inconvenientes.—2. Indicaciones de la lactancia artificial.—3. Elección de la leche de vaca.—4. Conservación y esterilización de la leche.—5. Dilución y azucarado de la leche de vaca.—6. Preparación y cuidado de los biberones.—7. Reglamentación de las tetadas y ración alimenticia en la lactancia artificial.—8. Vigilancia de la lactancia artificial.	
B.—Leche de burra.	
C.—Leche de cabra.	
D.—Preparados industriales.—1. La leche condensada.—2. La leche en polvo.	
E.—Lactancia mixta.	

MANUAL DE LA ENFERMERA	XVIII
Págs.	
B.—Proteínas o albúminas en general.—1. Composición.—2. Variedades de albúminas.—3. Valor biológico.—4. Metabolismo de las albúminas. Endógeno y exógeno.—5. Alimentos en que se encuentran las albúminas.	
C.—Leche.—1. Composición.—2. Esterilización.—3. Impurificaciones.—4. Crema de leche.—5. Queso.—6. Leche condensada.—7. Leches predigeridas.—8. Kumiss, Kefir y Matzoon.	
D.—Huevos, carnes, pescados y grasas.—1. Huevos.—2. Carnes.—3. Pescados.—4. Grasas.	
E.—Sales minerales y aguas.—1. Sales minerales.—2. Agua.	
III. ENFERMEDADES DEL METABOLISMO.	513
1. Avitaminosis.—2. Diabetes.—3. Gota.—4. Obesidad.—5. Delgadez.	
IV. DIETÉTICA DE LAS DISTINTAS ENFERMEDADES.	522
1. Dieta de los operados.—2. Dieta de los enfermos febriles.—3. Dieta de los enfermos de boca, faringe y estómago.—4. Dieta de los enfermos del intestino.—5. Dieta de los enfermos del hígado.—6. Dieta en las enfermedades del riñón.—7. Tratamiento dietético de la anemia perniciosa.—8. Dieta cetogénica en la epilepsia.—9. Régimen dietético de Gerson-Hermannsdorfer.	
FISIOTERAPIA (H. Téllez Plasencia)	
I. MASAJE Y MOVILIZACIÓN.	538
A.—Masaje.—1. Presión.—2. Afloramiento o amasamiento.—3. Fricción.—4. Pelizamiento y amasamiento.—5. Percusión.—6. Vibración.	
B.—Movilización.—1. Movilización pasiva.—2. Movilización activa.	
II. ELECTROTERTAPIA.	547
1. Corriente eléctrica.—2. Acción de la corriente eléctrica en el organismo.—3. Aparatos de electroterapia.—4. Técnica de aplicación.	
III. DIATERMIA.	554
1. Mecanismo de acción.—2. Aparatos de diatermia.—3. Técnica de aplicación.	
IV. ACTINOTERAPIA.	559
A. Rayos ultravioleta.—1. Aparatos productores de luz ultravioleta.—2. Técnica de aplicación.	
B.—Rayos infrarrojos.—1. Aparatos productores de rayos infrarrojos.—2. Técnica de aplicación.	
V. RAYOS X.	569
1. Rayos X.—2. Instalaciones.	
VI. RADIOTERAPIA.—ROENTGENERAPIA.	572
A.—Radioterapia superficial.—1. Colocación del enfermo.—2. Delimitación de la región.—3. Filtros y distancias.—4. Dosis.—5. Protección del personal.	
B.—Radioterapia profunda.—1. Plan de irradiación.—2. Do-	

MANUAL DE LA ENFERMERA	XX
Págs.	
F.—Regímenes alimenticios.—1. Hasta los seis meses.—2. De los seis a los ocho meses.—3. Hasta los dos años.	
IV. HIGIENE INDIVIDUAL DEL LACTANTE.	648
1. Piel y cuero cabelludo.—2. Fosos nasales.—3. Boca.—4. Oídos.—5. Vestidos.—6. Habitación.—7. Primera salida y paseos.—8. Juegos.	
V. CUIDADO DEL NIÑO ENFERMO.	652
1. Cuidados que exigen los niños enfermos.—2. Aislamiento.—3. Limpieza del niño enfermo.—4. Alimentación forzada.—5. Administración de medicamentos.—6. Cuidados a los prematuros.	
VI. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO ENFERMO.	656
1. Dieta hídrica.—2. Caldos vegetales.—3. Leche albuminosa.—4. Babeurre.—5. Cocimientos de harinas.—6. Papillas malteadas.	
VII. PATOLOGÍA DIGESTIVA DEL LACTANTE.	660
1. Regurgitaciones y vómitos.—2. Diarreas: sus variedades.—3. Estreñimiento.—4. Sobrealimentación.—5. Hipocalimentación.—6. Aerofagia.—7. Trastornos digestivos agudos.—8. Distrofia o hipotrofia.—9. Atresia o descomposición.—10. Tratamiento de las distrofias o hipotroplas y de las atresias o descomposiciones.	
APÉNDICE	
ADAPTACIÓN DEL TEXTO AL PROGRAMA OFICIAL DE LA CARRERA DE ENFERMERA.	667
ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS.	671

La segunda y tercera ediciones son exactamente iguales, salvo un error en la numeración de los temas de una materia que aparece en la segunda edición y que será corregida en la tercera.

Los cambios respecto a la primera se observan en la segunda, en cuyo prólogo afirma Usandizaga que "todo el libro ha sido cuidadosamente revisado"; se han añadido temas relativos a la "lucha social contra las enfermedades para que pueda servir para la preparación de las enfermeras sociales" y se ha reducido la importancia de los capítulos de Fisioterapia porque consideraban que eran "excesivos para una enfermera general e insuficientes para la especializada" (Usandizaga, 1938).

La segunda edición, efectivamente, ha sido revisada y reorganizada. Consta de 9 materias (1 menos que la anterior, al desaparecer la de Fisioterapia), y 83 temas (21 menos que la anterior). Se observan cambios en los descriptores de todas las materias, excepto en “la Enfermera”, siendo los siguientes los más reseñables:

- Anatomía y Fisiología: consta de las mismas páginas que la edición anterior aunque tiene 1 tema menos. Se reorganizan varios temas (II, IX y XII) y se amplían otros dos (VII y X).
- Patología: consta de 30 páginas más aunque tiene 17 temas menos. Se unifican, se amplían y reorganizan varios temas de la edición anterior.
- Higiene: aumenta 10 páginas y 2 temas, eliminando uno de los temas y planteando tres nuevos.
- Técnica del Cuidado de los Enfermos: consta de 42 páginas y 4 temas más. Los temas se amplían y reorganizan; se incluyen, además, algunos de los que integraban la materia de Fisioterapia.
- Química: consta de 2 páginas más aunque no se observan cambios en los descriptores.
- Farmacología: tiene 4 páginas más y 3 temas menos; sus contenidos se reorganizan.
- Dietética: es igual a la edición anterior en páginas y temas, salvo que se especifican más ampliamente algunos contenidos.
- Puericultura: aumenta en 46 páginas 2 temas y sus descriptores se reorganizan y amplían.

La cuarta edición del Manual no sufre cambios respecto a las dos anteriores en el número de materias, que continúan siendo 9, aunque sí en el número de temas, que aumentan a 87 (4 más); también se renuevan algunos contenidos. Afirmo Usandizaga que lo han adaptado al nuevo Programa Oficial (ORDEN de 21 de mayo de 1941 sobre condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera. 1941; Programa de 6 de julio de 1941, del Ministerio de Educación Nacional, sobre los programas oficiales y ejercicios de estudiantes de Enfermería. 1941) y esperan que sirva para las carreras de Comadrona y Practicante (Usandizaga, 1943).

Apenas varían, respecto a la edición anterior, los descriptores de las materias de la Enfermera, Higiene, Química, Farmacología y Puericultura y se observan cambios en las otras cuatro:

- Anatomía y Fisiología: contiene 6 páginas más y se reorganizan los descriptores.
- Patología: aumenta en 14 páginas y 1 tema; se reorganizan y cambian algunos títulos y descriptores.
- Técnica del Cuidado de los Enfermos: se aumentan 12 páginas y 1 tema y se amplían y redistribuyen sus contenidos.
- Dietética: se aumentan 34 páginas y 2 temas. Se amplían y reorganizan sus contenidos, incluyendo tres temas nuevos y quitando otro de la edición anterior.

En la quinta edición las materias y los temas son los mismos que en la cuarta aunque se observa que los contenidos han sido revisados (Usandizaga, 1950).

En la Enfermera, Patología, Higiene, Química y Puericultura solamente se aprecian cambios en la organización de los descriptores. Las diferencias son más evidentes en el resto de las materias:

- Anatomía y Fisiología: contiene 1 tema y 4 páginas más; aunque no aparecen nuevos descriptores sino una reorganización de sus contenidos.
- Técnica del Cuidado de los enfermos: tiene 1 tema más y se han reorganizado y redistribuido los contenidos.
- Farmacología: contiene 6 páginas más y se sustituye un tema por otro con contenidos diferentes.
- Dietética: tiene 10 páginas más. Se reorganizan y se amplían muchos temas.

En la sexta edición del Manual se mantienen las mismas materias y disminuye un tema respecto a la anterior, quedándose en 86 (Usandizaga, 1952). El tema que disminuye desaparece del capítulo de la Enfermera, que se queda con tres, y solamente se observa reorganización, inclusión o ausencia de algún descriptor en: Anatomía y Fisiología, Patología, Higiene y Técnica del Cuidado de los enfermos.

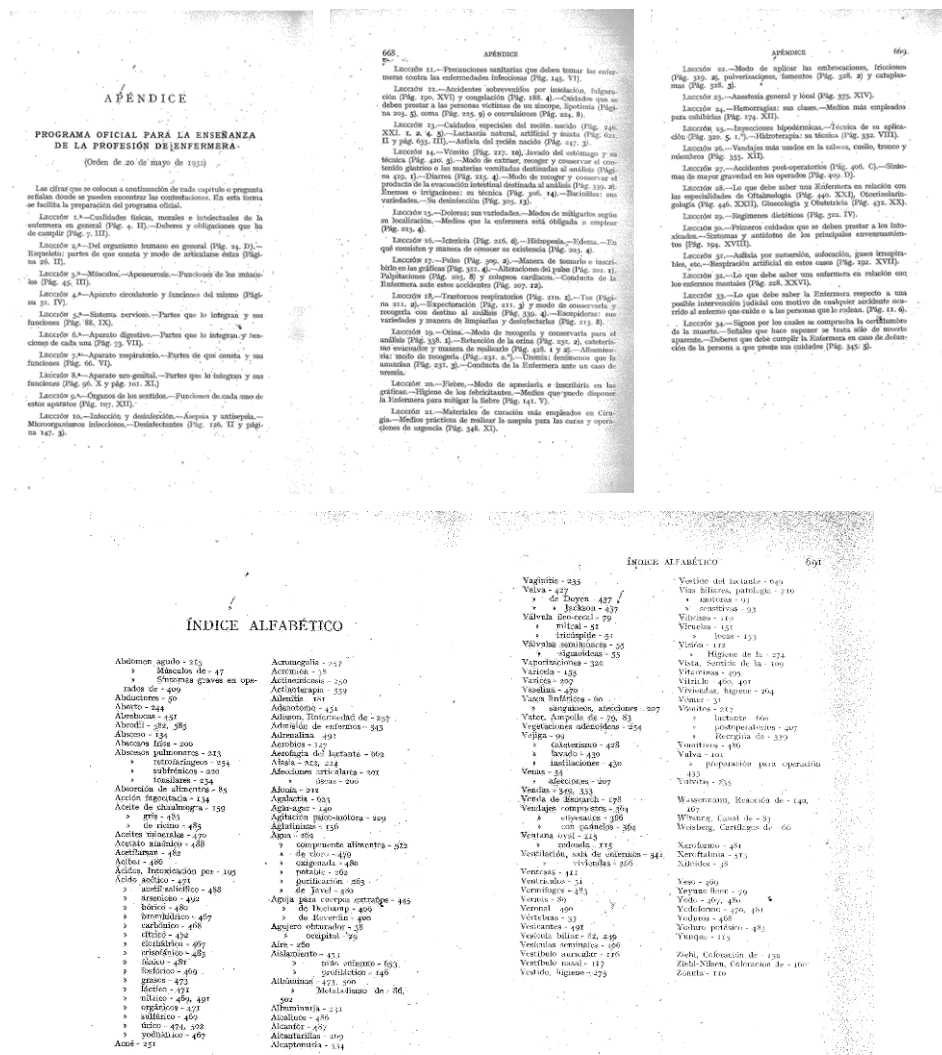
Resumimos, a continuación, los cambios más importantes efectuados en los descriptores de los contenidos que figuran en los índices de las ediciones segunda a sexta, utilizando como referencia el de la primera edición que se adjuntó en páginas anteriores:

- ✓ Desaparece la materia de Fisioterapia a partir de la segunda edición.
- ✓ Disminuyen temas en:
 - La Enfermera: pasa de 4 a 3 en la sexta edición.
 - Anatomía: tiene 1 menos en la segunda, tercera y cuarta ediciones y lo recupera en las dos últimas, volviendo a tener 13.
 - Patología, pasa de 35 a 18 en la segunda y tercera ediciones, aumentando a 19 en las tres siguientes.
 - Farmacología: pasa de 5 en la primera edición a 2 en las siguientes.
- ✓ Aumentan temas en:
 - Higiene: pasa de 3 en la primera edición a 5 en las siguientes.
 - Técnica del Cuidado de los Enfermos: pasa de 23 en la primera edición a 27 en la segunda, tercera, quinta y sexta y a 28 en la cuarta.
 - Dietética: pasa de 4 en las tres primeras ediciones a 6 en las otras tres.
 - Puericultura: pasa de 7 en la primera edición a 9 en las otras cinco.

7.1.5. Los apéndices.

Las tres primeras ediciones de los Manuales concluyen con dos apéndices. El primero reproduce los 34 temas del Programa Oficial para la Enseñanza de la Profesión de Enfermera, del que se especifica que hace referencia a la Orden de 20 de mayo de 1932, en el que, entre paréntesis, se señala la página y el capítulo del libro en que se pueden encontrar las respuestas. El segundo apéndice es un índice alfabético de términos que incluye las páginas del libro en las que aparece cada término.

Reproducimos, a continuación, el primer apéndice completo y la primera y última página del índice alfabético correspondientes a la primera edición del Manual (Usandizaga, 1934).



A partir de la cuarta edición se incluye exclusivamente el índice alfabético, a pesar de que Usandizaga afirma en el prólogo: "En un apéndice incluimos la adaptación del texto a los programas oficiales" Usandizaga, 1943), refiriéndose al Programa Oficial de las Facultades de Medicina y de otras Escuelas que se había regulado dos años antes (ORDEN de 21 de mayo de 1941 sobre condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera; Programa de 6 de julio de 1941, del Ministerio de Educación Nacional, sobre los programas oficiales y ejercicios de enfermería).

7.1.6. Los contenidos.

Como se recoge, tanto en el prólogo, como en los índices y en el cuadro resumen del final del capítulo, los contenidos de las seis ediciones del Manual de la Enfermera son muy similares. Solamente se observan ligeros cambios entre la primera y la segunda ediciones, en la organización y amplitud de algunos temas.

En el prólogo del primer Manual justifica Usandizaga los motivos por los que se plantearon su elaboración, que no eran otros que la necesidad de disponer de un texto adaptado al programa de formación en la EE que era mucho más amplio que el oficial.

En capítulos anteriores se ha descrito que el título de Enfermera se regula por primera vez en 1915 (REAL ORDEN del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, de 7 de mayo de 1915, aprobando el Programa para la enseñanza de la profesión de Enfermera), con un Programa Oficial de formación que constaba de setenta temas, aunque esta regulación apenas tuvo influencia en la formación y en la profesión (Domínguez, 1986). En 1930 se crea el Diploma de "Auxiliar sanitario" (REAL ORDEN núm. 427 del Ministerio de la Gobernación de 19 de abril de 1930, por la que se crea el diploma de "Auxiliar sanitario" y se dicta el Programa al que han de sujetarse los cursos para la obtención del Diploma de Auxiliares sanitarios); este diploma vuelve a establecerse un año más tarde y el mismo año se regula, así mismo, la unificación de los títulos de enfermera en todas las Facultades de Medicina de la República, según lo dispuesto en 1915 (Siles, 1999). En 1932 se establece un nuevo Programa Oficial para la enseñanza de la Profesión de Enfermera, que es el que reproduce Usandizaga en las tres primeras ediciones del Manual.

Este programa de formación que se reproduce en páginas anteriores, en el apartado de los apéndices, constaba solamente de 34 lecciones, mientras que el Manual contenía 104, y todos sus descriptores están incluidos en los contenidos de éste, como puede observarse en cada tema, ya que entre paréntesis figura reseñada la página y el capítulo del libro en el que se encuentran las respuestas. Tanto el gran número de temas como su amplio desarrollo muestran claramente la importancia, trascendencia y amplitud del Manual de Usandizaga que superaba con creces el temario exigido.

El modo en que se desarrollan las materias es el mismo en las seis ediciones del Manual. Un ejemplo de ello, tomado de la primera edición, puede verse en el capítulo correspondiente al índice. Se destaca alguna de ellas no sólo por la extensión de sus contenidos y la importancia que el propio Usandizaga les confiere sino también porque muestran claramente el modelo de enfermera que se pretendía conseguir.

7.1.6.1. La Enfermera

Comienzan los Manuales con un capítulo sobre la *Enfermera* en el que Usandizaga describe "la misión de la enfermera, qué cualidades debe reunir y deberes que tiene que cumplir" (Usandizaga, 1934). Consta de cuatro temas - **actividades; cualidades físicas y morales; deberes, y la enfermera modelo** -, en los que define, no sólo "el complejo" modelo de enfermera que se persigue formar en la EE, sino también el de mujer profesional de la época, minoritario y desarrollado prioritariamente para profesiones dirigidas al cuidado de otros, puesto que se pretende que desarrolle en estos ámbitos determinadas actitudes, capacidades y conductas consideradas propias y específicas.

Este capítulo permanecerá prácticamente invariable a lo largo de las primeras cinco ediciones, salvo alguna mínima corrección. En la sexta edición, sin embargo, desaparecerá el tema cuatro sobre la enfermera modelo.

El primer tema, sobre las **actividades de la enfermera**, se refiere a la misión y la profesión y vocación. Para Usandizaga, “la enfermera es la administradora única de la totalidad de los cuidados”, como queda reflejado en las siguientes afirmaciones (Usandizaga, 1934):

La Enfermera tiene por misión el asistir a los enfermos: todos los cuidados que haya que prestarles, sean de la clase que sean, médicos, higiénicos, personales, corresponden a la enfermera. Debe ser el único intermediario entre el médico y el enfermo; la única persona que entre en contacto con éste.

Aun hoy día existe entre nosotros una confusión en este concepto: estas funciones auxiliares se intentan dividir en dos categorías, unas que llaman técnicas, inyecciones, curas, anestесias, etcétera; otras que se consideran de orden secundario, como alimentación, limpieza del enfermo, etc., y también se pretende que haya dos categorías de personal auxiliar que se encargue de estas funciones.

Podemos afirmar, y para ello nos sirven de apoyo los resultados obtenidos en los países en que el cuidado de los enfermos ha adquirido un nivel elevado y nuestra modesta experiencia, que no debe llamarse enfermera quien no quiera encargarse de todos los cuidados, absolutamente todos, que necesita un enfermo (p. 2).

Cuando alude a la **vocación y a la profesión** explica que aunque es frecuente que ambos términos se contrapongan, no debe ser así. Opina que hay profesiones, como la de enfermera, que no se pueden desempeñar sin vocación, “una firme vocación de hacer el bien y de ejercer la caridad, no basta con una buena preparación técnica” y sin preparación: “es difícil admitir que existe un buen profesional que carezca en absoluto de vocación, como tampoco basta la vocación sin la preparación profesional” (pp. 2-3), e insiste sobre ambos aspectos:

Porque tenemos un concepto tan noble, tan elevado de la enfermera, es por lo que entendemos que no hay más que una clase de enfermeras; que no debe haber distinción entre enfermeras profesionales y enfermeras por vocación. Enfermeras profesionales son todas; sin el aprendizaje, sin el ejercicio de la profesión, no se puede ser enfermera. Enfermeras, con alto espíritu de vocación, deben serlo todas; la que carece de él no merece ser enfermera (pp. 2-3).

Reflexiona en el siguiente tema sobre las **cualidades físicas y morales** de la enfermera y afirma, refiriéndose a las primeras:

La vida de la enfermera es dura; para soportarla se necesita tener resistencia física y un sistema nervioso equilibrado. Una persona enferma no puede rendir trabajo, ni tener la alegría y el espíritu de optimismo tan necesario para la enfermera. a éstas hay que exigirles una excelente salud y, hasta cierto punto, buena presencia física, que también tiene su importancia para hacerse agradable a los pacientes y para conservar su autoridad (p. 4).

Además, para ser enfermera, “no basta con aprobar unos exámenes, sino que requiere un temple moral, una energía, una perseverancia, que no están al alcance de todo el mundo”.

Considera que las cualidades morales pueden mejorarse con la formación adecuada y que son siete las necesarias: sinceridad, bondad, paciencia, obediencia, sentido del deber y de la responsabilidad, economía y amor a la limpieza (pp. 4-6).

En el tercer tema del capítulo que versa sobre los deberes de la enfermera, plantea Usandizaga varias dimensiones del ejercicio profesional:

- *Con los enfermos.* La enfermera "siempre está obligada a guardar el secreto de todo lo que ha sabido en el ejercicio de su profesión". Afirma que su conducta personal debe ser de "austera dignidad" para que haga ver "sin el menor equívoco" que la relación entre ambos es puramente profesional y, también se refiere a la posición neutral que debe mantener frente a sus deberes religiosos "limitándose a facilitar por todos los medios, los deseos del enfermo" (pp. 7-8).
- *Con los médicos.* Debe actuar siempre bajo sus órdenes porque "no está capacitada ni autorizada para tomar la dirección del tratamiento"; pero que su obediencia "no debe ser ciega y rígida, sino que en ocasiones debe ser inteligente", cuando el estado del paciente se modifique sustancialmente en relación al momento en que el médico dictó la orden. Insiste, sin embargo, que debe cumplir las órdenes médicas íntegramente aunque dude de su valor, ya que "no tiene competencia para juzgar a los médicos y en último caso no es ella quien lleva la responsabilidad". Además, no debe utilizar la coquetería y la frivolidad en su trato con ellos, porque desprestigia a sus compañeras y a la profesión (pp. 8-9).
- *Con la institución en la que presta servicio.* Está obligada a facilitar su funcionamiento y, por tanto, a evitar la censura y los conflictos, planteando los problemas que observe a quien tenga la autoridad para solucionarlos (pp. 9-10).
- *Con sus compañeras.* Debe existir camaradería y fraternidad, pero no tanta que relaje el cumplimiento del deber y, tampoco debe permitírsele a los demás. Recomienda conocer los propios defectos para ser tolerante con los ajenos (p. 10).
- *Consigo misma.* Tiene la obligación de cuidar su salud y evitar la enfermedad llevando una vida higiénica; permaneciendo al aire libre el mayor tiempo posible; durmiendo y comiendo lo necesario y de forma regular, y tomando las precauciones indicadas para evitar el contagio de enfermedades. Insta, además, a mejorar su capacidad profesional, ocupándose de ampliar continuamente sus conocimientos, y a "seguir una norma de vida que aumente su autoridad moral", asumiendo la responsabilidad de dotar de importancia y prestigio a su misión (pp. 10-11).
- *Con los tribunales.* Puede verse obligada a "quebrantar el secreto profesional ante los Tribunales de Justicia" (p. 11).

En el último tema del capítulo, que denomina la Enfermera modelo, relata Usandizaga que pensaban hacer un "resumen de lo que debe ser la enfermera ideal, las cualidades que debe reunir", pero que esta figura "se encuentra tan maravillosamente sintetizada" en el libro *Morale professionnelle de l'infirmière*, de Mlle. Chaptal, publicado en París por la editorial A. Poinat, que lo transcribe íntegramente (Chaptal, 1935), p. 12.

A continuación reproducimos la copia íntegra de este tema correspondiente a la primera edición del Manual, porque es un compendio de todo el capítulo que refleja claramente el modelo de enfermera pretendía formarse en la EE.

T2

MANUAL DE LA ENFERMERA

IV. LA ENFERMERA MODELO

Al terminar esta breve exposición de lo que entendemos es la enfermera, pensábamos hacer un a modo de resumen de lo que debe ser la enfermera ideal, las cualidades que debe reunir. Pero en un libro de Mlle. Chaptal (1) se encuentra tan maravillosamente sintetizada esta figura que no podemos resistir a la tentación de transcribirlo íntegramente.

«¿Cómo es la enfermera modelo?

Ante todo inspirará confianza, porque dirá siempre la verdad y será siempre discreta. Veracidad y discreción se completan la una con la otra y sin ellas no se podrá inspirar confianza. Cuando nuestra enfermera entre en posesión de un secreto profesional, nada le hará revelarlo; un buen medio que empleará para esto, como para cualquier otro secreto, es aparentar ignorancia. Un secreto cuya posesión se confiesa, está medio traicionado.

Cuando nuestra enfermera sea encargada de una misión cualquiera, importante o secundaria no hace al caso, todo es importante para ella, nadie tendrá razón para suponer que podría descuidarla. No tendrá necesidad ni de control ni de observación; tiene una misión, la cumple, esto es todo (Y ved, en consecuencia, qué confianza se tiene en ella, con qué seguridad el jefe cuenta con el exacto cumplimiento).

Por tanto inspirará confianza. Inspirará también otro género de confianza, esta vez a sus enfermos; esta confianza espontánea que viene de una simpatía presentida. Porque se aproximará siempre a su enfermo con bondad, que lo demostrará y le probará en toda ocasión y sin ocasión, porque su corazón se entregará siempre al sufrimiento, que espera de ella la dulzura de una compasión sentida. Nada de indiferencia, nada de hábito, nada de rutina. Hábito de olvidarse de sí misma, de vencer la propia naturaleza, las tendencias de vosotras mismas que pueden hacer mal al enfermo; nunca otros hábitos.

Nuestra enfermera será perfectamente igual y dulce; jamás

(1) Mlle. Chaptal, *Morale professionnelle de l'infirmière*. A. Poinat Ed. Paris.

LA ENFERMERA

T3

un movimiento de mal humor que irrite al paciente que ella cuida. Será así con todos, complaciente y atenta; lo mismo con el importuno que la molesta, que con aquellos que son agradables de cuidar y que le manifiestan el reconocimiento. Siempre llena de tacto sabrá contenerse y escuchar mejor que hablar ella misma; pero sabrá evitar los silencios penosos, si un enfermo tiene necesidad de ser distraído. ¿Veis tomar cuerpo y aparecer delante vuestro la enfermera modelo? Visión de paz y de reconfortamiento.

Otras cualidades adquiridas o innatas como previsión, abnegación, tolerancia, respeto, se verán en ella. Y sobre todo se verá en todo lo que hace, por qué profundo sentimiento es movida en cada uno de sus actos, qué alta idea tiene de su misión; y esto, sin que deje traslucir la buena opinión que tiene de sí misma. Por otra parte nada puede darle esta opinión exagerada de su valer, porque sabe bien en su interior, qué lejos está todavía de la perfección que desea alcanzar y cuyo ideal tiene ante los ojos para empujarle adelante.

Llegar a dar realidad a este ideal, no depende más que de vosotras; ¿qué esperaréis para comenzar? ¿Un golpe de gracia extraordinario, una iluminación del cielo? O bien esperaréis que las cosas sean más fáciles... pero no lo serán jamás, o por lo menos no lo serán en la proporción de vuestros esfuerzos. Sabed bien que cada esfuerzo es un paso adelante, una fuerza adquirida, que cada relación, cada negligencia, un paso hacia atrás, un presagio de retroceso o caída para el mañana. Y esto no hay que pensarlo solamente en las grandes ocasiones; si esperaréis a las grandes ocasiones, se corre el peligro de llegar no solamente al fin de los estudios, sino al fin de vuestra carrera, puede ser al de vuestra vida. Quien espera siempre, no llega al fin, no olvidarlo. No es mañana cuando hay que avanzar dos pasos, es hoy cuando hay que dar uno. La ocasión está aquí, todos los días, cada instante. Está sobre vuestra mesa, en este deber que habéis descuidado cinco minutos. Está en esa lección que tenéis que estudiar, en la que no habéis puesto verdaderamente vuestro esfuerzo cerebral. Está en esa cama hecha descuidadamente, en esa vajilla mal lavada; está en ese objeto que no habéis recogido por negligencia, en ese delantal mal ajustado al cuerpo, en ese retraso a la hora fijada por falta de un poco de previsión. Está todavía en esas palabras dichas de más, que os han rebajado a vuestros propios ojos, a menos que, lo que sería mucho más grave, ni siquiera os hayáis reprochado de haberlas dejado escapar. Está también en esa falta de compla-

T4

MANUAL DE LA ENFERMERA

cencia, en ese retorno al egoísmo, en ese movimiento brusco que hacía falta reprimir. Está en todas partes la ocasión de hacer mejor las cosas, excepto en vuestra imaginación, que ve demasiado grande y busca demasiado lejos. Lo que hacéis, hacerlo bien, muy bien si podéis, a la perfección si os sentís con ánimos. Y no esperar otra cosa que vuestra vida de cada día en vuestra Escuela, para encontrar ocasiones de realizar en vosotras ese tipo, muy realizable, de enfermera modelo.»

7.1.6.2 Anatomía y Fisiología.

Es una materia bastante extensa y completa y se mantendrá con pocas variaciones a lo largo de todas las ediciones del Manual, solamente se reorganizan y amplían algunos temas, que oscilan entre 13 y 14 a lo largo de todas las ediciones. Este capítulo está profusamente ilustrado con dibujos, esquemas y fotografías, de las que presentamos una muestra, correspondiente a la primera edición del Manual.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA

21



Fig. 6.—Tejido conjuntivo laxo.
A. Fibras colágenas.—F. Fibras elásticas.
C. Célula conjuntiva vista de frente y
B, vista de perfil.—D. Células emigran-
tes.—E. Leucocito.—V. Vaso sanguíneo.
(Cajal.—Manual de Histología.)

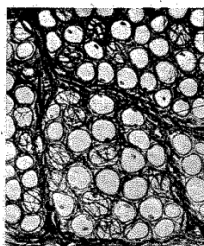


Fig. 7.—Tejido grasoso o adi-
poso subcutáneo.
A. Célula adiposa.—B. Tabiques conjun-
tivos.—C. Finos haces que rodean las
células.
(Cajal.—Manual de Histología.)

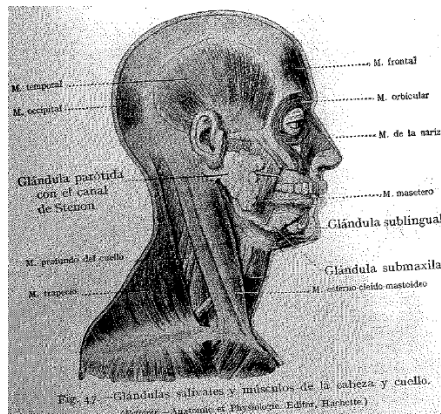
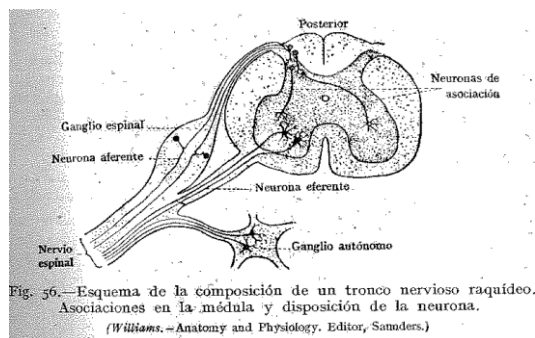


Fig. 12.—Glándulas salivales y músculos de la cabeza y cuello.
(Bonnier.—Anatomie et Physiologie. Editeur, Harester.)



7.1.6.3 Patología.

Es la materia que contiene más temas en la primera edición aunque se reducirán casi a la mitad en las siguientes, en las que sin embargo aumentarán el número de páginas. Los contenidos de la segunda y cuarta ediciones sufrirán bastante cambios para adecuarlos a las necesidades de formación detectadas; así, en la segunda, se incluye en el tema de Intoxicaciones, un subtema denominado Gases de Guerra que se mantendrá hasta la quinta edición de 1950, y otro sobre protección social al embarazo. En la cuarta edición hay un tema nuevo sobre enfermedades metabólicas y aparece el tifus exantemático como enfermedad infecciosa. Las siguientes dos ediciones serán, sobre todo, reorganizadas.

Afirmaba Usandizaga en el prólogo que esta materia era la que más le había hecho dudar acerca de la importancia que debía concedérsele (Usandizaga, 1934):

Nuestro criterio es que la enfermera excepcionalmente debe tomar la iniciativa del tratamiento y tampoco debe pretender hacer un diagnóstico, pero continuamente tiene que recoger síntomas para comunicárselos al médico o anotarlos en la historia clínica y necesita, sobre todo, tener unas nociones elementales que le permitan, hasta cierto punto, formarse un concepto aproximado de procesos patológicos con los que está en contacto continuo. Lo que hemos comprendido bajo el nombre de Patología, se reduce al estudio elemental de los factores etiológicos, a la descripción de los síntomas fundamentales y a una explicación de términos médicos de uso corriente.

Tras la descripción de las características y tratamiento de las enfermedades, muchas de ellas de origen infeccioso, algunos de los temas se acompañan de un breve contenido sobre “cuidados a los enfermos” o “cuidados por la enfermera”. Reproducimos algunas de las imágenes y figuras de la primera edición que, como puede observarse, fueron obtenidas de diferentes fuentes.

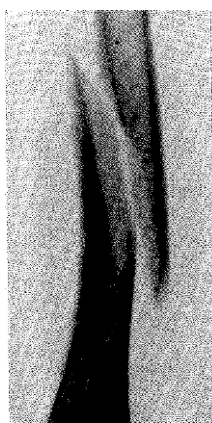
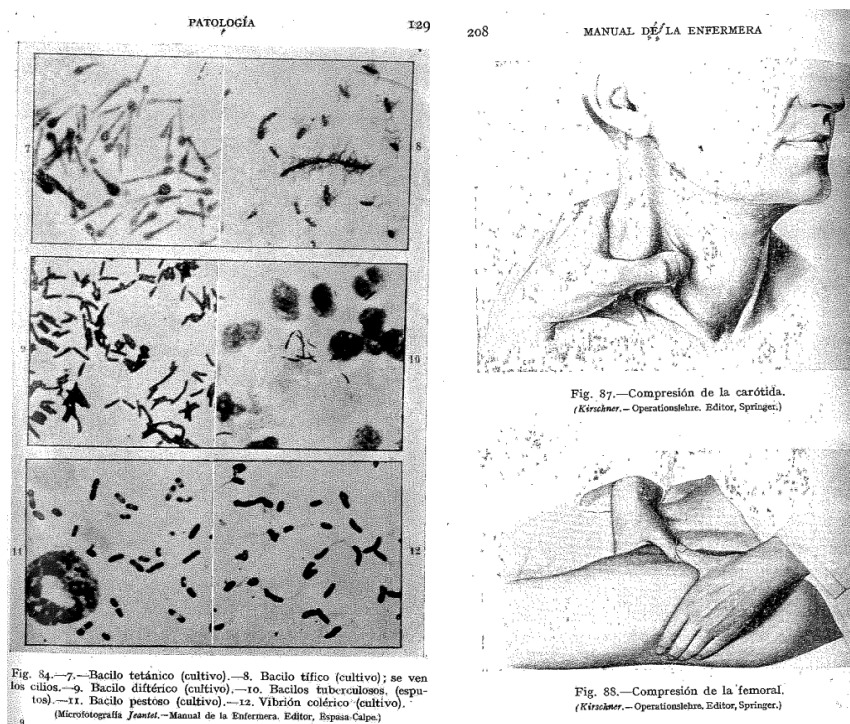


Fig. 90.—Radiografía de una fractura de fémur reciente. (G. Aguilar.)



Fig. 91.—Radiografía de una fractura de fémur consolidada viciosamente. (G. Aguilar.)



7.1.6.4 Técnica del Cuidado de los Enfermos.

Es la segunda materia en número de temas y la primera en páginas ya que “debe ser el núcleo fundamental de los estudios de enfermera” (Usandizaga, 1934). A partir de la segunda edición todavía cobrará más importancia. Se aumentan los temas y se reorganizan los contenidos, al incluir los de la desaparecida materia de fisioterapia (masaje, movilización, terapias y métodos diagnósticos) y ampliar otros sobre la práctica de los cuidados de enfermería. También en el resto de las ediciones se observan nuevos contenidos.

En esta materia se describen ampliamente - como se muestra en algunos ejemplos -, los cuidados que se prestan a los pacientes, desde la higiene al confort; la obtención y valoración de las constantes vitales; la recogida de muestras para su análisis; la administración de medicamentos y otras terapias; la realización de curas y vendajes; la esterilización del material, así como las actuaciones específicas en distintas situaciones, servicios y especialidades. La descripción pormenorizada de los cuidados se acompaña de múltiples imágenes (un total de 136 en la primera edición) que, en su mayoría, son fotografías de situaciones reales de la CSV, que muestran la realización práctica y el desarrollo de estos cuidados.

I. CAMAS

1. Vestir una cama sin enfermo.

No basta con saber vestir una cama, en forma que sea confortable para el enfermo, sino que es necesario emplear en ello el menor tiempo y esfuerzo posible.

Se debe colocar una tela fuerte entre el jergón y el colchón para proteger a éste.

En una silla al lado de la cama (nunca en otra cama), encima de las dos almohadas, se colocan las siguientes prendas, en el orden inverso al que han de ser usadas: dos fundas de almohada, cubri-
cama, manta, sábana superior, sábana doblada, hule de cama, sábana inferior.

Se comienza por extender la sábana encima del colchón, procurando que sobresalga por igual en los bordes. Se sujeta debajo del colchón en la cabecera y en los pies y a continuación en el lado en que está situada la enfermera. En los ángulos conviene plegar cuidadosamente la sábana. Cuando ésta es demasiado corta, con respecto al colchón, se deja corta la parte de la cabecera.

A continuación se coloca atravesado el hule de cama; debe tener un mínimo de 80 centímetros de ancho y en ambos lados sobrepasar el ancho del colchón, en forma que pueda meterse debajo de éste, haciendo innecesario el sujetarlo con imperdibles, que no hacen más que estropearlo. Al extender el hule para colocarlo, se levanta con los brazos extendidos y se mira al trasluz para comprobar que no tiene agujeros, ya que si los tuviese, la protección del colchón sería ilusoria.

Encima se coloca la sábana doblada. Según su tamaño varía el número de dobleces; por lo menos debe ser unos seis centímetros más ancha que el hule. Se introducen hule y sábana doblada debajo del colchón por un lado y solamente entonces se pasa al otro lado de la cama donde se repiten las mismas maniobras; sujetar la sábana bajera, doblar los ángulos, sujetar el hule y la sábana cruzada procurando ponerlos bien tirantes.

Después se extiende la sábana superior y por encima la manta.

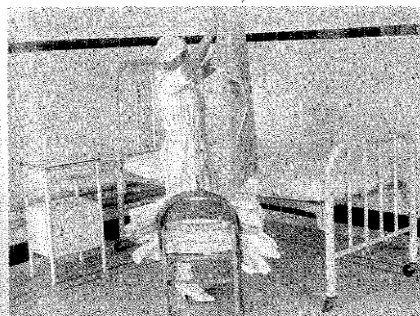


Fig. 93.—Antes de colocar el hule en la cama debe mirarse al trasluz para ver si tiene agujeros.



Fig. 94.—Hacer los ángulos cuidadosamente.



Fig. 105.—Limpieza de la cara.



Fig. 106.—Limpieza de las manos.

guno de estos medios, los líquidos se administrarán con cucharilla.

Si el enfermo se puede incorporar, se le ayuda pasándole la mano izquierda por la nuca y con la mano derecha se le da un vaso que esté lleno hasta la mitad. Para darle alimentos a un enfermo que no se puede incorporar, se extiende una servilleta debajo de la barbilla y la enfermera se sienta al lado de la cama y va dándole los alimentos con la cuchara o el tenedor en pequeñas porciones.



Fig. 115.—Dando de beber a una enferma.

IV. CONFORT DEL ENFERMO

1. Desnudar a un enfermo estando echado encima de la cama.

Una vez acostado el enfermo se comienza por soltar todos los botones y ligaduras. Se van quitando las prendas sucesivamente, si pueden quitarse varias simultáneamente, así se hace.

304

MANUAL DE LA ENFERMERA

do con los sillones, así como también con las camas de ruedas; es necesario sujetarlos, sino es muy fácil producir un grave accidente.

Si se quiere volver al enfermo a la cama, se hacen los movimientos inversos. Para sentar al enfermo en el borde de la cama se pasa un brazo por la espalda del enfermo y el otro por las nalgas y se hace que el enfermo se agarre con sus brazos al cuello de la enfermera.



Fig. 118.—Pasar un enfermo de la cama a la silla.

12. Cambiar a un enfermo de cama o de la cama a la camilla.

Se colocan las dos camas en ángulo recto, al lado de la cabecera de una, los pies de la otra. Se colocan tres enfermeras (solamente en enfermos muy poco pesados se podrá hacer con dos) al lado de la cama, dentro del ángulo que forman con la otra. Colocan sus manos debajo de hombros, caderas, muslos y piernas del enfer-

CUIDADO DE LOS ENFERMOS

305

mo. Se debe procurar que el peso se reparta bien entre las tres. A una señal levantan al enfermo, apoyándolo sobre el cuerpo, y no tienen más que girar en ángulo recto y dejarle en la otra cama.

Cuando se trata de una persona de muy poco peso, una sola enfermera puede cambiarle de cama; hay que hacer que se agarre al cuello de la enfermera y ésta coloca una mano debajo de la espalda y otra debajo de las nalgas. Este procedimiento no debe emplearse nunca en personas que acaben de ser operadas o en las que los movimientos son muy dolorosos.

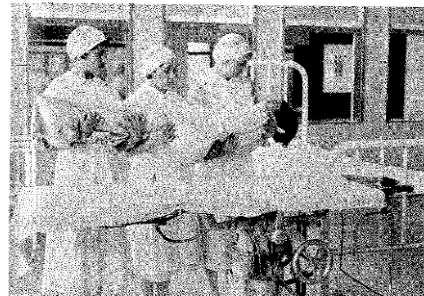


Fig. 119.—Pasar un enfermo de la mesa de operaciones a la cama.

13. Orinal de cama.

Si se puede, calentar el orinal flameándolo con alcohol (hay hospitales que disponen de armarios para mantenerlos calientes). Llevar el orinal a la sala siempre cubierto con un paño. Es conveniente rodear la cama con biombo. Levantarle al enfermo los faldones de la camisa hasta la cintura y hacer que flexione las rodillas. Deslizar el orinal hasta que esté bien colocado. Dejar el papel higiénico al alcance de la mano del enfermo. Si éste no está en

20

314

MANUAL DE LA ENFERMERA

ÓRDENES DEL MEDICO		CASA DE SALUD VALDELLA		Historia nom. 7447	
		Servicio de Ginecología		Paciente 25-11-1923	
ORDEN	INDICACION	FECHA	HORA	DIETA	REMARKS
13	27. Comprimidos 40 mg	25	25	Líquida	
22	27. Hielo al pecho	26	27	Grasa. Dieta	
23	27. Comprimidos 40 mg	27	28	Grasa. Dieta	
24	27. Hielo al pecho				
25	27. Comprimidos 40 mg				
26	27. Hielo al pecho				
27	27. Comprimidos 40 mg				
28	27. Hielo al pecho				
29	27. Comprimidos 40 mg				
30	27. Hielo al pecho				
31	27. Comprimidos 40 mg				
32	27. Hielo al pecho				
33	27. Comprimidos 40 mg				
34	27. Hielo al pecho				
35	27. Comprimidos 40 mg				
36	27. Hielo al pecho				
37	27. Comprimidos 40 mg				
38	27. Hielo al pecho				
39	27. Comprimidos 40 mg				
40	27. Hielo al pecho				
41	27. Comprimidos 40 mg				
42	27. Hielo al pecho				
43	27. Comprimidos 40 mg				
44	27. Hielo al pecho				
45	27. Comprimidos 40 mg				
46	27. Hielo al pecho				
47	27. Comprimidos 40 mg				
48	27. Hielo al pecho				
49	27. Comprimidos 40 mg				
50	27. Hielo al pecho				

Fig. 125.—Hoja de órdenes médicas.

CUIDADO DE LOS ENFERMOS

315

NOTAS DE LA ENFERMERA		CASA DE SALUD VALDELLA		Historia nom. 7447	
		Servicio de Ginecología		Paciente 25-11-1923	
FECHA	HORA	DIETA	REMARKS	FECHA	HORA
25	25	Líquida	Grasa. Dieta	25	25
26	26	Líquida	Grasa. Dieta	26	26
27	27	Líquida	Grasa. Dieta	27	27
28	28	Líquida	Grasa. Dieta	28	28
29	29	Líquida	Grasa. Dieta	29	29
30	30	Líquida	Grasa. Dieta	30	30
31	31	Líquida	Grasa. Dieta	31	31
32	32	Líquida	Grasa. Dieta	32	32
33	33	Líquida	Grasa. Dieta	33	33
34	34	Líquida	Grasa. Dieta	34	34
35	35	Líquida	Grasa. Dieta	35	35
36	36	Líquida	Grasa. Dieta	36	36
37	37	Líquida	Grasa. Dieta	37	37
38	38	Líquida	Grasa. Dieta	38	38
39	39	Líquida	Grasa. Dieta	39	39
40	40	Líquida	Grasa. Dieta	40	40
41	41	Líquida	Grasa. Dieta	41	41
42	42	Líquida	Grasa. Dieta	42	42
43	43	Líquida	Grasa. Dieta	43	43
44	44	Líquida	Grasa. Dieta	44	44
45	45	Líquida	Grasa. Dieta	45	45
46	46	Líquida	Grasa. Dieta	46	46
47	47	Líquida	Grasa. Dieta	47	47
48	48	Líquida	Grasa. Dieta	48	48
49	49	Líquida	Grasa. Dieta	49	49
50	50	Líquida	Grasa. Dieta	50	50

Fig. 126.—Hoja de notas de la enfermera.

XXII. GARGANTA, NARIZ Y OÍDOS



Fig. 223.—Sujeción de un niño para la exploración del oído.

El enfermo se coloca sentado y la enfermera a su lado. El mismo enfermo sostiene la riñonera aplicada al cuello, para que no caiga el agua. Por debajo se ha colocado la toalla.

La enfermera, con la mano izquierda, tira del pabellón de la

1. Exploración del oído en un niño.

Se le envuelve el cuerpo en una sábana y se le coloca sentado en una rodilla de la enfermera, en forma que mire de lado. Para inmovilizarlo, con una mano le sujeta el hombro y el brazo, con la otra la cabeza. Es necesario el conseguir una completa inmovilización, ya que cualquier movimiento brusco, mientras se manipula con el instrumental, puede producirle lesiones importantes.

2. Irrigación del oído.

Se emplea para quitar tapones de cerumen o cuerpos extraños. A mucha menor presión, para la limpieza en caso de supuración.

Se necesita preparar el siguiente material:

Una jeringa de 100 centímetros cúbicos.

Agua a 37°. Si se emplea una solución medicamentosa, la que ordene el médico.

Una riñonera.

Una toalla grande.

oreja hacia atrás y algo hacia arriba; en esta forma endereza el conducto auditivo externo.

Se dirige el chorro de líquido hacia la pared superior del conducto sin introducir el pico de la jeringa en el mismo, empleando una presión grande, cuando queremos extraer un cuerpo extraño o un tapón de cerumen, mucho menor cuando hacemos una irrigación de limpieza.



Fig. 224.—Lavado del oído.

3. Irrigación nasal.

Utilizada con fines de limpieza y también para la extracción de cuerpos extraños. No debe hacerse con gran presión por el peligro de que envíen gérmenes infecciosos por la trompa de Eustaquio—produciendo una infección del oído medio—o hacia los senos frontales.

Es necesario preparar:

Una pera de goma.

Solución salina normal—o la solución que prescribe el médico—a 37°.

ble lo mejor es que escriba en caracteres análogos a los de imprenta y que son muy fáciles aprender a hacer rápidamente. El cuadro adjunto es un ejemplo de lo que puede hacerse en este sentido.

EJEMPLO DE CORRECCIÓN DE ESCRITURA TRANSFORMÁNDOLA EN TIPOS DE IMPRENTA

Se comienza por hacer los palotes en las siguientes longitudes:

||| ||| ||| |||

y de ellos se derivan las siguientes letras:

i j l k t

A los palotes se les hace unos pequeños ganchos

||| ||| |||

y así tenemos las letras

m n ñ u h r

las siguientes letras no necesitan explicación

c e s

Si hacemos unos círculos

o o o o o

al añadirles palotes forman las siguientes letras

a b d q g p

Solamente nos faltan por ensayar las letras

v w x y z

y así tenemos aprendidos los tipos de imprenta dando por resultado el siguiente abecedario:

a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q
r s t u v w x y z

Las mayúsculas correspondientes son las siguientes:

A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q
R S T U V W X Y Z



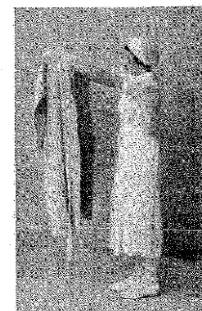
Con las manos acabadas de lavar se desanadan las cintas del cuello.



Con un dedo que se mete dentro del puño de la blusa del otro brazo se hacen desmenujar la manga sobre la mano.



Con ambas manos protegidas por las mangas se desanada en cintura.



Se cuelga la blusa en forma que su lado que va unido toca a la pared.

Fig. 220.—Técnica para quitarse la blusa.

Del resto de las materias que integran el libro, la más amplia — *Fisioterapia* — desaparecerá como tal en la siguiente edición, integrándose parte de sus contenidos en la de Técnica del Cuidado; *Farmacología* disminuirá sus temas en la segunda edición aunque irá ampliando sus contenidos, y *Química* se mantendrá prácticamente igual en el resto de las ediciones. Se reorganizarán y aumentarán sus contenidos: *Higiene* (en la segunda edición), *Dietética* (en la cuarta) y *Puericultura* (en la segunda).

A pesar de que Usandizaga afirma en el prólogo de la cuarta edición que han procurado adaptar el Manual al nuevo programa oficial de Enfermeras de las Facultades de Medicina, así como a los de otras Escuelas y que, añadiendo algunos contenidos de Obstetricia, sirva tam-

bién para los estudios de Practicante y Comadrón (Usandizaga, 1943), no se observa en esta edición una ampliación de los contenidos. Es posible que no lo consideraran necesario, ya que este programa, establecido en 1941 y que reproducimos a continuación, continuaba exigiendo una exigua formación a las enfermeras. Estaba organizado en dos cursos y constaba solamente de 33 lecciones teóricas, con contenidos de Anatomofisiología, Higiene, Nutrición y Dietética, Patología Médicoquirúrgica y Psiquiatría y de 9 lecciones prácticas (Programa de 6 de julio de 1941, del Ministerio de Educación Nacional, sobre los programas oficiales y ejercicios de estudiantes de Enfermería. 1941; Álvarez Nebreda, 2002):

Lección 1.^a- (Sistemas).- El cuerpo humano; cabeza, tronco, extremidades. Aparatos, sistemas, órganos. Cavidades. Vísceras. Células: partes de que constan. Tejidos: sus principales clases.

Lección 2.^a- Esqueleto: Clases de huesos y sus caracteres. Cabeza: huesos que la componen.

Lección 3.^a- Huesos del tronco. Huesos de las extremidades.

Lección 4.^a- Articulaciones. Partes de que se componen. Variedades de las articulaciones.

Lección 5.^a- Músculos: sus clases. Función de los mismos. Vainas sinoviales. Aponeurosis.

Lección 6.^a- Aparato circulatorio: partes de que consta. Corazón: sus cavidades y válvulas; vasos aferentes y eferentes. Idea elemental y funcionamiento del corazón.

Lección 7.^a- Arterias, venas y capilares. Circulación mayor, menor y porta.

Lección 8.^a- Sistema linfático: ganglios vasos.

Lección 9.^a- Alimentos: principios inmediatos de que consta: albuminoides, hidrocarbonados, vitaminas, sales. Alimentos vegetales principalmente usados: cereales, leguminosas, hortalizas, frutas. Alimentos de origen animal, Alimentos y bebidas preparados (pan, galletas, etcétera).

Lección 10.- Digestión: su finalidad. Boca: masticación y deglución. Estómago: su función.

Lección 11.- Intestino delgado y glándulas aneja: su función. Intestino grueso.

Lección 12.- Principales regímenes alimenticios. Dieta láctea: sustitutivos de la misma. Dieta blanca: su preparación: caldos, sopas, papillas, purés. Lacticiños, preparación de alimentos blandos con carnes, pescados y frutas.

Lección 13.- Manera de presentar y servir las comidas a los enfermos. Pesos y medidas usados en la administración de los alimentos. Bebidas dietética: horchatas, infusiones, bebidas refrescantes.

Lección 14.- Aire: composición, sus impurezas. Respiración: su finalidad. Vías aéreas. Pulmones y pleura. Inspiración y expiración.

Lección 15.- Aparato urinario: partes de que consta y función del mismo. Diferencia de los, dos sexos. Composición y caracteres de la orina.

Lección 16.- Sistema nervioso: de relación y vegetativo; somera descripción.

Lección 17.- Órganos de los sentidos. Aparato ocular y visión. Alumbrado natural y artificial.

Lección 18.- Aparato auditivo: audición y equilibrio.

Lección 19.- Aparato olfativo y gustativo.

Lección 20.- Sensibilidad general: superficial y profunda. Piel: su composición.

Lección 21.- El calor animal: producción del calor y pérdidas de calor. Calorías: equivalencia calórica de las albúminas, hidrocarbonados, grasas y alcohol. Calefacción de las habitaciones.

Lección 22.- Infección e infestación: agentes que las producen y modos de llegar al organismo: Asepsia, Antisepsia.

Lección 23.- Modos de evitar contagios: el agua como vehículo de gérmenes. Purificación del agua: filtración. El aire como vehículo de ventilación. Lucha contra el polvo.

Lección 24.- Recogida y desinfección de excretas. Lucha contra los insectos y parásitos. Desinfección de locales y ropas: procedimientos más comunes.

Lección 25.- Reacción del organismo contra la infección. Inflamaciones, superación, edema. Inmunización: sueros y vacunas.

Lección 26.- Vómitos: sus variedades. Diarreas: sus variedades. Modo de recoger y conservar el material expulsado, destinado al examen por el médico. Modo de facilitar y defecación del enfermo encamado.

Lección 27.- Dolores cólicos: sus caracteres y diferenciación con el dolor inflamatorio y el neurálgico. El frío y el calor calmantes.

Lección 28.- Disnea. Tos. Expectoración: modo de recoger y conservar los esputos para el examen médico. Escupideras: variedades y modo de limpiarlas.

Lección 29.- Poliuria y anuria. Hematuria. Modo de facilitar la micción al enfermo y de recoger y conservar la orina para su examen.

Lección 30.- Fiebre: variedades. Modo de apreciarla y consignarla. Medios que ha de aplicar la enfermera para atenuarla: fricciones refrescantes; envolturas húmedas; balneación.

Lección 31.- Delirio: conducta de la enfermera ante un delirante; Convulsiones: conducta de la enfermera ante un enfermo de convulsiones. Colapso: precauciones para evitar el enfriamiento del enfermo.

Lección 32.- Hemorragias: modos de cohibirlas de momento.

Lección 33.- Primeros cuidados que deben presentarse a los intoxicados. Síntomas, antídotos y modos de administrarlos.

Programa Práctico

- Habitación del enfermo.- Limpieza húmeda del suelo. Manera de limpiar el polvo. Limpieza de la cama de un enfermo después de su partida. Como recoger la ropa blanca usada. Desinfección de retretes y orinales. Desinfección de una cama.
- Desinfección de ropas. Desinfección de platos y utensilios de comer. Desinfección y desinsectación de una habitación.
- Manera de hacer una cama.- Deshacer u airear la cama. Hacer una cama sin el enfermo. Cambio de sabanas estando el enfermo en cama, sin despertarlo. Cambiar el colchón con el enfermo en la cama. Arreglo de las almohadas. Mover al enfermo en la cama. Cambiar al enfermo de cama. Cambiarle de camisa. Cama para recibir a un enfermo anestesiado. Preparar una cama para aire libre. Posiciones y accesorios para aumentar la comodidad de un enfermo, echado, semisentado y sentado. Transporte de un enfermo de la cama a la silla o a la camilla: Transporte de un operado. Cama para fracturados.
- Limpieza del enfermo.- Baño general en la cama. Baño de pies, sentado en cama. Cuidado de la boca. Limpieza de la cara y de las manos. Cuidado del peinado. Cuidado de la espalda: escaras. Desinsectación del enfermo.
- Alimentación del enfermo.- Preparación del enfermo para la comida. Preparación de la mesita para el servicio. Alimentación de enfermos que no puedan hacerlo por si solos. Alimentación con sonda. Preparación de caldos de verdura. Preparación de caldos de cereales. Preparación de purés. Preparación de extracto de carnes. Preparación de dulces de leche. Preparación de frutas cocidas.
- Exploraciones generales.- Notas que de tomar la enfermera en las admisión de enfermos. Anotaciones de las ordenes que dé el medico. Manera de tomar la temperatura. Manera de tomar las respiraciones. Manera de tomar las pulsaciones. Gráficas. Preparación y empleo de papillas para radiografías. Ayuda para obtención y revelado de fotografía y radiografías. Desayuno de prueba y obtención del jugo gástrico.
- Intervenciones.- Orinal de cama: manera de ponerlo. Irrigaciones. Supositorios. Enemas alimenticios y medicamentos. Cataplasma sinapizadas. Cataplasma de linaza. Sinapismo. Fomentos. Ventosas simples. Inyecciones de suero artificial. Gota a gota Murphy. Bolsa para hielo. Bolsa de agua caliente. Administración de oxígeno. Afeitado de regiones operatorias. Curas secas. Curas húmedas. Toques en la garganta. Pulverizaciones laríngeas.
- Asepsia.- Lavado y cepillado de las manos. Manera de preparar una bandeja. Manera de abrir una caja de curas. Como preparar y plegar compresas. Preparación de una cura. Limpieza y desmontaje de instrumentos. Esterilización y cuidados de jeringas y agujas.
- Vendajes.- Vendas. Monocular. De cabeza. Binocular. De tronco. De codo. Espica de hombro. Espica de muslo. En T. De rodilla. De talón. Férulas. Gotieras.

Para finalizar este análisis hay otros aspectos destacables en estos Manuales:

- Muestran los amplios conocimientos que poseía Usandizaga tanto sobre el modelo de enfermería y la aplicación de los cuidados en los países en los que estaba más desarrollado, como sobre textos de enfermería españoles y extranjeros.
- Proponen una amplia, e innovadora en muchos aspectos, formación enfermera, aunque la importancia que se le presta a determinadas cualidades y a la subordinación a la jerarquía médica son una muestra de la situación y papel de la mujer en el momento histórico, político y sociocultural en que se publican.
- Se aprecia, a partir de la segunda edición, un mayor interés por la dimensión social de la enfermería, pues no sólo se amplían los contenidos sobre Higiene del aire y el agua, de la vivienda y personal, para incluir otros componentes de la misma relacionados con el medio urbano, el trabajo y la sociedad sino que se incluyen, también, aspectos de protección social de las mujeres embarazadas y de los niños y se describe el papel de la enfermera social y de las enfermeras visitadoras de higiene maternal e infantil (Usandizaga, 1938). Esta orientación plasmaba la acción social preventiva, que era uno de los ejes fundacionales de la CSV, entre cuyos objetivos estaba el desarrollo de cursos de especialización de enfermeras visitadoras o de acción social (En la Casa de la Montaña de Bilbao. El Doctor López Albo diserta acerca de la Casa de Salud Valdecilla. 1929; *Historia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. 2010; *Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. 2011). Se encuadraba, también, en otras iniciativas que estaban produciéndose en ese momento en España, como la creación de una Escuela de Enfermeras Sociales en Barcelona, en 1931 y, con posterioridad, de las Escuelas de Puericultura, de los Servicios de Higiene Infantil y de la convocatoria de concursos para proveer plazas de Enfermeras Visitadoras.

Finalmente, se reproducen las conclusiones que realiza Valle Racero (2003) a partir de una investigación historiográfica de tres obras importantes de formación de enfermeras, entre las que estaba la cuarta edición del Manual (1943); siendo las otras dos: el Manual de la Enfermera (1940), del Dr. Carmelo Valls Marín, y la Enfermera Española (1942), del Dr. Jorge De Murga y Serret (Valle Racero, 2003), pp. 11-12:

- Nos llama la atención, y pese a lo que apriorísticamente pudiera pensarse, que los textos analizados, no reflejan claramente ni aluden a las nuevas vicisitudes sociales y políticas como consecuencia del conflicto militar vivido, siendo menos representativos que otros textos de formación (v.g.: el de Alcina Quesada o los de formación correspondientes a Falange Española u otros autores) que sí reflejan más marcadamente los aspectos de ideologización de la época.
- Aunque la formación es cambiante y dinámica siguen subyaciendo los aspectos morales y espirituales en los textos analizados que perdurarán todavía varias décadas, hasta los inicios de los estudios de diplomado. De los tres textos reseñados el de Murga y Serret es el más medicalizado y dedica menos espacio a la prestación de cuidados.
- Los manuales analizados reflejan un intento de elevación del nivel cultural y social de la profesión que abra ésta a ámbitos nuevos del conocimiento y de identidad como colectivo.

- Se continúan poniendo de manifiesto aspectos ya clásicos en los manuales de formación de enfermeras, como son: la vocación, la abnegación y la subordinación al orden médico establecido. Así como las relaciones asimétricas y de fijación de roles que fomentan actitudes y lazos ligados a aspectos paternalistas (del médico hacia la enfermera) y maternalistas (de la enfermera hacia el paciente).
- La dimensión social del enfermar sólo es recogida por el manual de Usandizaga e intenta dar respuesta recabando la intervención de la enfermera como agente de salud. Siendo un texto más de vanguardia y con una visión más de futuro que los otros dos manuales.
- Se percibe una leve apertura del marco sociolaboral de la enfermera, ligado intrínsecamente al hospital para abrirse a otros ámbitos de la atención de salud y la prestación de cuidados: escuelas, dispensarios y domicilios. Ello es recogido en dos de los manuales analizados, en el de Valls Marín y más profusamente en el de Usandizaga.
- El texto de Usandizaga lo consideramos el más completo de todos, adaptándose a las necesidades y cambios formativos que en todo momento se está generando en la formación de enfermeras en nuestro país. Aumenta el número de sus páginas en las distintas ediciones y adecua su contenido a una visión enfermera, más holística e integral del paciente, posiblemente por la influencia anglosajona o francesa del autor y su conocimiento previo del tema. Además de designar la subdirección de la Escuela a enfermeras de prestigio, como fue el caso de su primera subdirectora, doña María Teresa Junquera Ibrán y otras que vendrían con posterioridad.

Tabla 7. Resumen de las seis ediciones del Manual de la Enfermera

Edición 1934 (1ª)	Ed. 1938-1940 (2ª y 3ª)	Ed. 1943 (4ª)	Ed. 1950 (5ª)	Ed. 1952 (6ª)
La Enfermera (M. Usandizaga) 4 temas 14 pp. (1-14)	La Enfermera (M. Usandizaga) 4 temas 14 pp. (1-14)	La Enfermera (M. Usandizaga) 4 temas 14 pp. (1-14)	La Enfermera (M. Usandizaga) 4 temas 14 pp. (1-14)	La Enfermera (M. Usandizaga) 3 temas 12 pp. (1-12)
Anatomía y Fisiología (M. Usandizaga) 13 temas 108 pp. (15-122)	Anatomía y Fisiología (M. Usandizaga) 12 temas 108 pp. (15-122)	Anatomía y Fisiología (M. Usandizaga) 12 temas 114 pp. (15-128)	Anatomía y Fisiología (M. Usandizaga) 13 temas 118 pp. (15-132)	Anatomía y Fisiología (M. Usandizaga) 13 temas 120 pp. (13-132)
Patología (M. Usandizaga) 35 temas 136 pp. (123-258)	Patología (M. Usandizaga) 18 temas 166 pp. (123-288) (XI bis es el XII)	Patología (M. Usandizaga) 19 temas 180 pp. (129-308)	Patología (M. Usandizaga) 19 temas 180 pp. (133-312)	Patología (M. Usandizaga) 19 temas 180 pp. (133-312)
Higiene (M. Usandizaga) 3 temas 18 pp. (259-276)	Higiene (M. Usandizaga) 5 temas 28 pp. (289-316)	Higiene (M. Usandizaga) 5 temas 28 pp. (309-336)	Higiene (M. Usandizaga) 5 temas 28 pp. (313-340)	Higiene (M. Usandizaga) 5 temas 26 pp. (314-339)
Técnica Cuidado (M. Usandizaga) 23 temas 186 pp. (277-462)	Técnica Cuidado (M. Usandizaga) 27 temas (en la 3ª ed. el XXVI bis es el XXVII) 228 pp. (317-544)	Técnica Cuidado (M. Usandizaga) 28 temas (falta tema XV) 240 pp. (337-576)	Técnica Cuidado (M. Usandizaga) 27 temas 238 pp. (341-578)	Técnica Cuidado (M. Usandizaga) 27 temas 239 pp. (340-578)
Química (J. Puyal) 2 temas 12 pp. (463-474)	Química (J. Puyal) 2 temas 14 pp. (545-558)	Química (J. Puyal) 2 temas 14 pp. (577-590)	Química (J. Puyal) 2 temas 14 pp. (579-592)	Química (J. Puyal) 2 temas 14 pp. (579-592)
Farmacología (J. Puyal) 5 temas 18 pp. (475-492)	Farmacología (J. Puyal) 2 temas 22 pp. (559-580)	Farmacología (J. Puyal) 2 temas 22 pp. (591-612)	Farmacología (J. Puyal) 2 temas 28 pp. (593-620)	Farmacología (J. Puyal) 2 temas 28 pp. (593-620)
Dietética (J. Lamelas) 4 temas 44 pp. (493-536)	Dietética (J. Lamelas) 4 temas 46 pp. (581-626)	Dietética (J. Lamelas) 6 temas 80 pp. (613-692)	Dietética (J. Lamelas) 6 temas 90 pp. (621-710)	Dietética (J. Lamelas) 6 temas 90 pp. (621-710)
Fisioterapia (H. Tellez P.) 8 temas 66 pp. (537-602)	No existe como materia	No existe como materia	No existe como materia	No existe como materia
Puericultura (G. Arce) 7 temas 63 pp. (603-665)	Puericultura (G. Arce) 9 temas 109 pp. (627-735)	Puericultura (G. Arce) 9 temas 109 pp. (693-801)	Puericultura (G. Arce) 9 temas 109 pp. (711-819)	Puericultura (G. Arce) 9 temas 109 pp. (711-819)
Apéndice 26 pp. (666-691)	Apéndice 30 pp. (737-766)	Apéndice 27 pp. (803-829)	Apéndice 27 pp. (821-847)	Apéndice 27 pp. (821-847)
10 materias 104 temas 290 figuras 691 páginas	9 materias 83 temas 282 figuras 766 páginas	9 materias 87 temas 281 figuras 829 páginas	9 materias 87 temas 847 páginas	9 materias 86 temas 264 figuras 847 páginas

7.2 LOS MANUALES DE LA ENFERMERA Y DEL PRACTICANTE.

Las tres siguientes ediciones (séptima, octava y novena) de los Manuales, que se denominan de la Enfermera y del Practicante, se publican en los años 1958, 1964 y 1970 (Usandizaga, 1958; Usandizaga, 1964; Usandizaga, 1970).

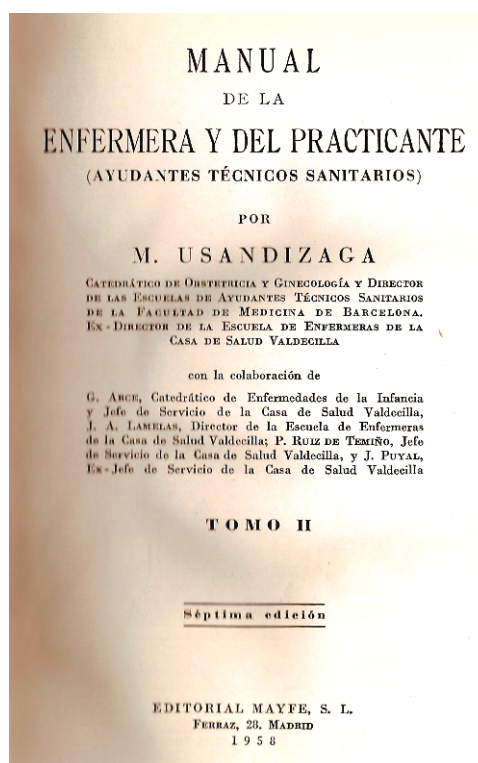
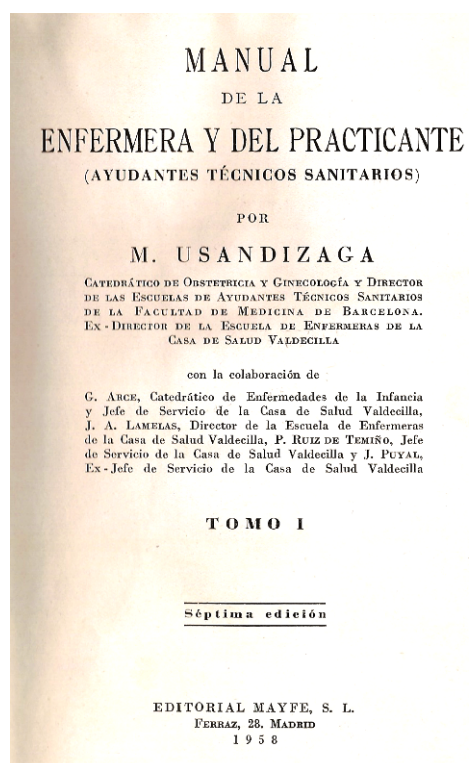
Continúan siendo dirigidas por Usandizaga y presentan entre sí características similares, en cuanto a formato, presentación, organización, contenidos y autores, salvo la primera de ellas que se organizó en dos tomos. También guardan bastantes similitudes con las seis ediciones anteriores en cuanto a las características formales y a los autores. Se observan, sin embargo, muchas más diferencias en la organización y orientación de los contenidos.

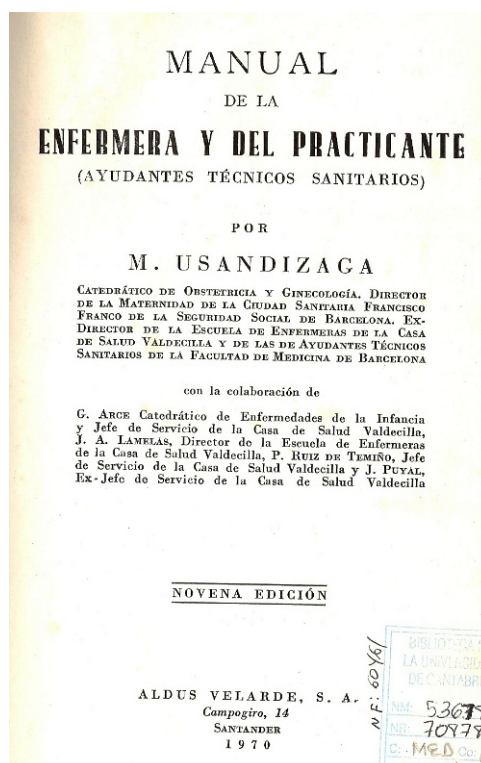
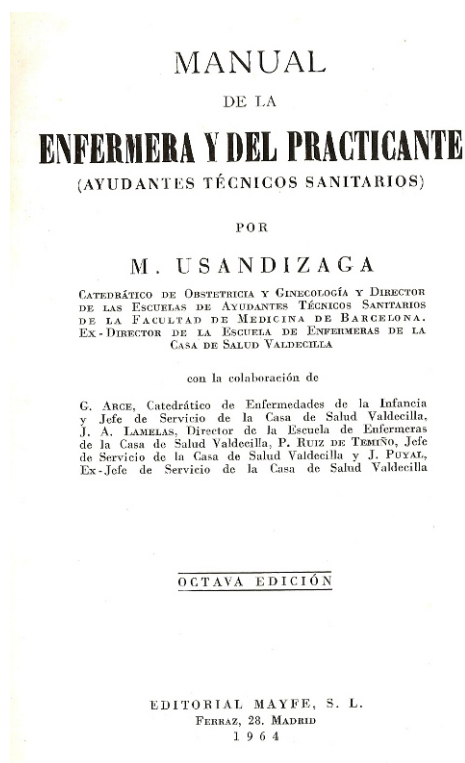
Mostraremos, al igual que con el Manual de la Enfermera, cada uno de estos elementos, resaltando las diferencias entre cada edición y respecto a las anteriores.

7.2.1. Las características y las portadas de los libros.

Todas las ediciones continúan disponiendo de una tapa dura, que es de un solo color en la séptima, y bicolor – roja y negra - en las dos siguientes. También son diferentes el tamaño de los libros y la información que aparece en la portada: los tomos de la séptima edición son más pequeños (20 cm de largo por 14,5 de ancho) y el título y el autor sólo aparece en el canto del libro. Las ediciones octava y novena son iguales entre sí, del mismo tamaño que las seis primeras (21,5 cm de largo por 14,5 de ancho), y llevan el título del libro y el nombre completo del autor tanto en la portada como en el canto. En éste figura también la editorial y la ciudad.

Tras la portada se incluyen las mismas dos páginas que en las ediciones anteriores; la primera con el título del libro y la segunda, además, con los nombres de los autores y la información de la publicación. A continuación se expone esta segunda página de las tres ediciones.





7.2.2. La presentación.

Al igual que en las seis ediciones anteriores está dedicada a los fundadores de la CSV.

7.2.3. Los prólogos.

Los prólogos de estas tres ediciones son muy similares entre sí y difieren mucho de los anteriores.

En el de la séptima se refiere Usandizaga al éxito del libro y a la transformación que se han visto obligados a realizar en él para adaptarlo a la nueva titulación. En sus palabras (Usandizaga, 1958):

siempre nos habíamos adaptado fielmente al programa que trazamos al encargarnos de la dirección de la Escuela de Enfermeras de la CSV de Santander. Pero la renovación de los estudios para la formación de las enfermeras, unificándolos con los de los practicantes, llegando hasta la fusión de los títulos en el común de Ayudante Técnico Sanitario, nos ha obligado, dejando de lado criterios personales, a una tan completa transformación de este Manual que, puede afirmarse, es un libro nuevo, optando por seguir fielmente en su texto al Programa Oficial actualmente en vigor.

Continúa Usandizaga describiendo el programa y la extensión de los contenidos en relación con las nuevas funciones que debe desempeñar el Ayudante Técnico Sanitario (ATS), así como justificando la inclusión de algunas disciplinas y la exclusión de otras.

PRÓLOGO A LA SÉPTIMA EDICIÓN

Con gran satisfacción tenemos que registrar el éxito constante de este libro, que ahora alcanza su séptima edición.

En las anteriores, siempre nos habíamos adaptado fielmente al programa que trazamos al encargarnos de la dirección de la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla de Santander. Pero la renovación de los estudios para la formación de las enfermeras, uniéndolos con los de los practicantes, llegándose hasta la fusión de los títulos en el común de Ayudantes Técnicos Sanitarios, nos ha obligado, dejando de lado criterios personales, a una tan completa transformación de este Manual que, puede afirmarse, es un libro nuevo, optando por seguir fielmente en su texto al Programa Oficial actualmente en vigor.

En éste se incluyen gran número de disciplinas: unas, que contribuyen a la enseñanza técnica de los Ayudantes Sanitarios; otras, que se orientan más hacia la formación personal de los alumnos. En lo que se refiere a las primeras, las que se dirigen a la enseñanza técnica, en este Manual se contesta textualmente al Programa Oficial. Por el contrario, hemos renunciado a ocuparnos de las del segundo grupo (Religión, Moral, Educación Política y Psicología), no sólo porque no encuadran dentro de la orientación general técnica del libro, sino, además, porque deben ser desarrolladas por personas con especial preparación en estas cuestiones. Esto ha determinado que no incluyamos, como veníamos haciéndolo desde la primera edición, un capítulo sobre misión, moral y deberes de la enfermera, confiando en que sea desarrollado más ampliamente en los cursos correspondientes.

La Historia de la Profesión podría incluirse en cualquiera de los dos grupos de disciplinas. Hemos renunciado a ocuparnos de ella, por el momento, con la esperanza de que algún día le consagremos un volumen entero, en el que se estudie con la consideración que se merece.

Al renovar completamente el Manual, hemos vacilado mucho sobre la extensión que era necesario dar a cada capítulo. Un programa tan amplio, como el Oficial actual, puede conducir muy fácilmente a una enorme extensión de los textos que le respondan. Nos hemos defendido vivamente de incurrir en el error, porque lo sería, y muy grande, de dar una formación teórica excesivamente amplia a unos profesionales, que deben prepararse exclusivamente para funciones auxiliares. Para mantenernos firmemente en este criterio, nos ha sido muy útil la experiencia de largos años enseñando a enfermeras, que nos permite valorar bien el nivel de conocimientos que deben y pueden alcanzar. Por otra parte, en el mismo Programa Oficial hay abundantes indicaciones que confirman esta orientación.

El Ayudante Técnico Sanitario, como su nombre lo indica claramente, tiene a su cargo funciones exclusivamente auxiliares. Debe conocer perfectamente un cierto número de técnicas para poderlas practicar correctamente cuando el médico se lo ordene. Sólo de una manera verdaderamente excepcional, cuando falte éste y sea urgente su intervención, podrá actuar por iniciativa personal. Ahora bien, la correcta ejecución de unas técnicas auxiliares no excluye un cierto nivel de cultura médica indispensable para la mejor comprensión de las mismas. Es decir, una buena preparación para las funciones auxiliares y adquirir una cultura médica elemental, estimamos, son los objetivos de la enseñanza de los Ayudantes Técnicos Sanitarios. De lo expuesto se deduce que, de una manera sistemática, se excluye de este libro todo lo que puede conducir a tentativas de diagnóstico o a iniciativas en el tratamiento de las diversas enfermedades.

Contamos nuevamente con la valiosísima colaboración del profesor G. Arce, que ha escrito los capítulos de Puericultura, y del Dr. J. A. Lamelas para los de Higiene de la Alimentación y Dietética. A ellos se ha venido a sumar el Dr. P. Ruiz de Temiño para el de Odontología. Debemos agradecer al Dr. J. Puyal que, aunque no ha podido colaborar personalmente en esta edición, nos haya autorizado para actualizar el capítulo de Farmacología de la anterior.

Una vez más tenemos que reiterar nuestro agradecimiento a ALDUS, S. A., que con el esmero y cariño de siempre ha extremado los cuidados en la magnífica impresión de este libro.

M. USANDIZAGA.

Barcelona, junio de 1958.

Los prólogos de la octava y novenas ediciones son iguales entre sí y solamente se observan cambios, respecto a la séptima, en los dos primeros párrafos y en la supresión de una parte del tercero, aunque el contenido apenas varía (Usandizaga, 1964; Usandizaga, 1970).

PRÓLOGO A LA OCTAVA EDICIÓN

La sucesión de las ediciones de este Manual hace que nos sintamos firmemente apoyados en nuestras convicciones respecto a lo que debe ser un libro de esta clase. Esta es la razón de que en el Prólogo que sigue nos limitemos a transcribir lo que decíamos en la anterior edición.

En las primeras ediciones nos habíamos adaptado fielmente al programa que trazamos al encargarnos en 1929 de la dirección de la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla de Santander. Pero la renovación de los estudios para la formación de las enfermeras, uniéndolos con los de los practicantes, llegándose hasta la fusión de los títulos en el común de Ayudantes Técnicos Sanitarios, nos ha obligado, dejando de lado criterios personales, a una tan completa transformación de este Manual optando por seguir fielmente en su texto al Programa Oficial actualmente en vigor.

En éste se incluyen gran número de disciplinas: unas, que contribuyen a la enseñanza técnica de los Ayudantes Sanitarios; otras, que se orientan más hacia la formación personal de los alumnos. En lo que se refiere a las primeras, las que se dirigen a la enseñanza técnica, en este Manual se contesta textualmente al Programa Oficial. Por el contrario, hemos renunciado a ocuparnos de las del segundo grupo (Religión, Moral, Educación Política y Psicología), no sólo porque no encuadran dentro de la orientación general técnica de este libro, sino, además, porque deben ser desarrolladas por personas con especial preparación en estas cuestiones.

La Historia de la Profesión podría incluirse en cualquiera de los dos grupos de disciplinas. Hemos renunciado a ocuparnos de ella, por el momento, con la esperanza de que algún día le consagremos un volumen entero, en el que se estudie con la consideración que se merece.

VIII

PRÓLOGO

En cada nueva edición vacilamos mucho sobre la extensión que es necesario dar a cada capítulo. Un programa tan amplio, como el Oficial, puede conducir muy fácilmente a una enorme extensión de los textos que le respondan. Nos hemos defendido vivamente de incurrir en el error, porque lo sería, y muy grande, de dar una formación teórica excesivamente amplia a unos profesionales, que deben prepararse exclusivamente para funciones auxiliares. Para mantenernos firmemente en este criterio, nos ha sido muy útil la experiencia de largos años dedicados a la enseñanza que nos permite valorar bien el nivel de conocimientos que deben y pueden alcanzar. Por otra parte, en el mismo Programa Oficial hay abundantes indicaciones que confirman esta orientación.

El Ayudante Técnico Sanitario, como su nombre lo indica claramente, tiene a su cargo funciones exclusivamente auxiliares. Debe conocer perfectamente un cierto número de técnicas para poderlas practicar correctamente cuando el médico se lo ordene. Sólo de una manera verdaderamente excepcional, cuando falte éste y sea urgente su intervención, podrá actuar por iniciativa personal. Ahora bien, la correcta ejecución de unas técnicas auxiliares no excluye un cierto nivel de cultura médica indispensable para la mejor comprensión de las mismas. Es decir, una buena preparación para las funciones auxiliares y adquirir una cultura médica elemental, estimamos, son los objetivos de la enseñanza de los Ayudantes Técnicos Sanitarios. De lo expuesto se deduce que, de una manera sistemática, se excluye de este libro todo lo que puede conducir a tentativas de diagnóstico o a iniciativas en el tratamiento de las diversas enfermedades.

Contamos nuevamente con la valiosísima colaboración del profesor G. Arce, que ha escrito los capítulos de Puericultura, y del Dr. J. A. Lamelas para los de Higiene de la Alimentación y Dietética. A ellos se suma el Dr. P. Ruiz de Temiño para el de Odontología. Debemos agradecer al Dr. J. Puyal que, aunque no ha podido colaborar personalmente en esta edición, nos haya autorizado para actualizar el capítulo de Farmacología de la anterior.

Una vez más tenemos que reiterar nuestro agradecimiento a ALDUS, S. A., que con el esmero y cariño de siempre ha extremado los cuidados en la magnífica impresión de este libro.

M. USANDIZAGA.

Barcelona, Enero de 1964.

7.2.4. El índice, las materias, los temas y los autores.

En las tres ediciones del Manual son similares tanto la organización del índice como de las materias y los temas. Los autores son cinco, uno más que en las ediciones anteriores, ya que se incluye como tal a otro jefe de servicio.

Reproducimos a continuación el índice de la séptima edición (Usandizaga, 1958) y describiremos los cambios más importantes entre las tres ediciones y respecto a la anterior; añadiendo al final del capítulo dos tablas. La primera es un resumen de las características de estos

tres Manuales y, la otra, compara la primera edición del Manual de la Enfermera y del Practicante - la séptima - con la anterior que corresponde a la última del Manual de la Enfermera.

La séptima edición consta de 18 materias (9 más que la última del Manual de la Enfermera) y 128 temas (42 más) y está organizada en dos tomos. El tomo I, que se expone a continuación, contiene 10 materias (Usandizaga, 1958):

ÍNDICE		X MANUAL DE LA ENFERMERA Y DEL PRACTICANTE	
BIOLOGÍA. HISTOLOGÍA		Págs.	
I. BIOLOGÍA.....	1	B. — Sentido del gusto. — 1. Corpúsculos gustativos. — 2. Gustación.	
1. Definición. — 2. La materia viva. — 3. Nociones generales sobre el ser vivo. — 4. Biofísica. Bioquímica y constitución físico-química de los seres vivos.		C. — Sentido del olfato. — 1. Descripción anatómica de las fosas nasales. — 2. Funciones de las fosas nasales.	
II. HISTOLOGÍA.....	1	D. — Sentido del oído. — 1. Descripción anatómica. — 2. Funciones del oído.	
1. Definición. — 2. La célula como unidad biológica. — 3. Estructura y propiedades fundamentales de cada una de sus partes. — 4. Los seres uni y pluricelulares. — 5. Tejidos. Constitución, clasificación y estudio de cada uno de ellos. — 6. Órganos, aparatos y sistemas. — 7. Las grandes funciones del ser vivo. Funciones de nutrición, de relación y de reproducción.		E. — Sentido de la vista. — 1. Descripción anatómica. — 2. Visión.	
ANATOMÍA FUNCIONAL		IX. APARATO DIGESTIVO.....	80
I. EL CUERPO HUMANO.....	16	1. Partes de que consta. — 2. Cavidad bucal y sus anejos. — 3. Faringe. — 4. Esófago. — 5. Masticación, ensalivación y deglución. — 6. Estómago. — 7. Digestión estomacal. — 8. Intestino. — 9. Digestión intestinal. — 10. Hígado y vías biliares. — 11. Funciones del hígado. — 12. Páncreas. — 13. Funciones del páncreas. — 14. Peritoneo. Mesenterio y epiploon.	
1. Conformación exterior. Planos y ejes. — 2. Topografía general del cuerpo humano. — 3. Cavidades.		X. METABOLISMO.....	95
II. HUESOS, ARTICULACIONES Y MÚSCULOS.....	34	1. Asimilación y desasimilación. — 2. Calor animal. — 3. Metabolismo de los alimentos.	
A. — Huesos. — 1. Sistema óseo. — 2. Estructura ósea. — 3. Clasificación de los huesos según su forma. — 4. Enumeración de los huesos del esqueleto.		XI. APARATO CIRCULATORIO.....	97
B. — Articulaciones. — 1. Descripción de una articulación. — 2. Distintos tipos de articulaciones.		1. Partes de que consta. — 2. Sangre. — 3. Linfa. — 4. Corazón. — 5. Funcionamiento cardíaco. — 6. Vasos sanguíneos. — 7. Circulación mayor, menor y porta. — 8. Pulso. — 9. Presión sanguínea. — 10. Circulación linfática.	
C. — Músculos. — 1. Propiedades esenciales. — 2. Músculos lisos y estriados. — 3. Formas típicas. — 4. Función. — 5. Trabajo muscular.		XII. APARATO RESPIRATORIO.....	113
III. CABEZA.....	32	1. Partes de que consta. — 2. Vías aéreas superiores e inferiores. — 3. Función de las vías aéreas. — 4. Pulmón. Pleura. — 5. Fenómenos mecánicos de la respiración. — 6. Fenómenos químicos de la respiración.	
1. Huesos. — 2. Articulaciones. — 3. Músculos.		XIII. APARATO URINARIO.....	122
IV. CUELLO Y TRONCO.....	40	1. Partes de que consta. — 2. Ríñones. — 3. Uréteres. — 4. Vejiga. — 5. Veziga. — 6. Función del aparato urinario.	
A. — Columna vertebral. — 1. Huesos. — 2. Articulaciones. — 3. Músculos.		XIV. GLÁNDULAS ENDOCRINAS.....	128
B. — Caja torácica. — 1. Huesos. — 2. Articulaciones. — 3. Músculos.		1. Órganos endocrinos. — 2. Tiroides. — 3. Paratiroides. — 4. Timo. — 5. Hipófisis. — 6. Cápsulas suprarrenales. — 7. Glándulas genitales. — 8. Páncreas. — 9. Bazo.	
C. — Paredes abdominales. — 1. Huesos. — 2. Músculos.		XV. APARATO GENITAL.....	133
V. MIEMBRO SUPERIOR.....	49	A. — Aparato genital del hombre. — 1. Partes de que consta. — 2. Testículos. — 3. Vías de excreción. — 4. Función del aparato genital masculino.	
1. Huesos. — 2. Articulaciones. — 3. Músculos.		B. — Aparato genital de la mujer. — 1. Partes de que consta. — 2. Vulva y vagina. — 3. Útero. — 4. Trompas. — 5. Ovarios. — 6. Glándulas mamarias. — 7. Función del aparato genital femenino.	
VI. MIEMBRO INFERIOR.....	53	PRÁCTICAS DE LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS	
1. Huesos. — 2. Articulaciones. — 3. Músculos.		I. HABITACIÓN DEL ENFERMO.....	142
VII. SISTEMA NERVIOSO.....	58	1. Condiciones que debe reunir. — 2. Ventilación. — 3. Limpieza del suelo y del polvo. — 4. Limpieza de la cama. — 5. Desinfección y desinsectación de la cama. — 6. Desinfección y	
VIII. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.....	66		
A. — Sentido del tacto. — 1. Descripción anatómica de la piel. — 2. Sensibilidad cutánea.			
ÍNDICE DE MATERIAS		XI XII MANUAL DE LA ENFERMERA Y DEL PRACTICANTE	
Págs.		HIGIENE	
desinsectación de la habitación. — 7. Desinfección de retretes y orinales. — 8. Desinfección de platos y otros utensilios. — 9. Desinfección de ropas. — 10. Cómo recoger la ropa blanca usada.		I. HIGIENE GENERAL.....	198
II. LA CAMA DEL ENFERMO.....	147	1. Concepto. — 2. El medio y su influencia sobre la salud. A. — Influjo atmosférico. — 1. Condiciones de salubridad en la atmósfera. — 2. Impurificación del aire. — 3. El aire como vehículo de infección. Transmisión respiratoria de enfermedades. — 4. Ventilación. Desinfección del aire. — 5. Presión barométrica. Efectos de la altitud. — 6. Temperatura del aire. B. — Influjo telúrico. — 1. Propiedades físicas. — 2. Las bacterias del suelo. Su función.	
1. Deshacer y airear una cama. — 2. Hacer una cama sin el enfermo. — 3. Cambiar las sábanas estando el enfermo en la cama. — 4. Cambiar el colchón estando el enfermo en la cama. — 5. Cama para recibir a un enfermo anestesiado. — 6. Cama para un fracturado. — 7. Cama al aire libre. — 8. Cama con los pies elevados. — 9. Cama en posición de Fowler.		II. HIGIENE DE LA VIVIENDA.....	204
III. LIMPIEZA DEL ENFERMO.....	157	1. Condiciones de salubridad. — 2. Iluminación. — 3. Calentamiento. Aire acondicionado. — 4. Inmundicias. Destrucción, evacuación y transformación.	
1. Baño general. — 2. Lavado de la cara y manos. — 3. Cuidado de la boca. — 4. Peinado. — 5. Lavado de cabeza en cama. — 6. Baño de pies en cama. — 7. Prevención y tratamiento de las escaras. — 8. Pediculosis y su tratamiento.		III. HIGIENE PERSONAL.....	210
IV. MOVER AL ENFERMO EN LA CAMA.....	165	1. Higiene individual. Higiene personal. — 2. Higiene de la boca. — 3. Higiene de la digestión. — 4. Higiene de la respiración. — 5. Higiene de la piel. — 6. Higiene del vestido. — 7. Higiene de la visita. — 8. Higiene del reposo.	
1. Cambiarle de cama. — 2. Cambiarle de ropa interior en la cama. — 3. Arreglo de las almohadas. — 4. Mover a un enfermo en la cama. — 5. Posiciones para aumentar su comodidad. Con almohadas, arcos, cama articulada, etc. — 6. Transporte a una silla o camilla. — 7. Transporte de un operado. — 8. Manera de poner el orinal de cama.		IV. HIGIENE DEL TRABAJO.....	217
V. SERVIR LA COMIDA AL ENFERMO.....	171	1. Concepto. — 2. Condiciones higiénicas de la fábrica o taller. — 3. Condiciones higiénicas de la vida de los trabajadores. — 4. Condiciones higiénicas del mismo trabajo.	
1. Preparación del enfermo en medio ambiente. — 2. Preparación de la mesa de servicio. — 3. Servir la comida. — 4. Alimentar a enfermos que no pueden hacerlo por sí solos. — 5. Capacidad de algunos recipientes.		V. DESINFECCIÓN.....	222
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA		1. Principios fundamentales. — 2. Desinfección de las deyecciones, exudados y secreciones. — 3. Desinfección y desinsectación de locales y ropas.	
I. MICROBIOLOGÍA.....	176	HIGIENE ALIMENTICIA	
1. Microorganismos. — 2. Clasificación. — 3. Bacterias. — 4. Hongos. — 5. Protozoos. — 6. Virus.		I. FUNCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN.....	226
II. AGENTES DE DESTRUCCIÓN DE LOS MICROORGANISMOS.....	181	1. Alimentación. — 2. Recuerdos de algunos conceptos fundamentales.	
1. Conceptos generales. — 2. Medios físicos. — 3. Substancias químicas.		II. COMPOSICIÓN DE LA ALIMENTACIÓN.....	230
III. ACCIÓN DE LOS MICROORGANISMOS.....	184	1. Alimentos. — 2. Principios inmediatos de que constan. — 3. Necesidades nutritivas y caloríficas del individuo según la edad, sexo, trabajo, etc.	
1. Función útil de los microbios. — 2. Acción nociva de los microorganismos. — 3. Principales gérmenes capaces de provocar en el hombre enfermedades infecciosas. — 4. Anticuerpos. Aplicaciones al diagnóstico y a la terapéutica. — 5. Inmunidad natural y adquirida.		III. HIGIENE DE LAS COMIDAS.....	236
IV. PARASITOLOGÍA.....	191	1. Conceptos generales. — 2. Composición de las comidas.	
1. Biología y clasificación de los parásitos. — 2. Gusanos. — 3. Ácaros. — 4. Insectos. — 5. Medios usuales de destrucción de los parásitos e insectos.		IV. EL AGUA.....	240
		1. El agua como alimento. — 2. El agua potable. — 3. El agua como vehículo de infección. Depuración bacteriológica de las aguas.	
		V. ALIMENTOS DE ORIGEN VEGETAL.....	243
		1. Cereales, leguminosas, hortalizas y frutas. — 2. Alimentos preparados. — 3. Importancia de las verduras y frutas.	
		VI. ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL.....	246
		1. Leche. — 2. Huevos. — 3. Carnes. — 4. Pescados.	

ÍNDICE DE MATERIAS		XIII
	Págs.	
VII. BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y NO ALCOHÓLICAS.....	252	
1. Vino.—2. Cerveza.—3. Sidra.—4. Infusiones.—5. Coccimientos.—6. Bebidas refrescantes.		
PATOLOGÍA GENERAL		
I. GENERALIDADES.....	256	
1. Concepto.—2. Salud y enfermedad.—3. Causas generales de la enfermedad.—4. Patofenía.—5. Síntomas, síndrome y diagnóstico.—6. Pronóstico.		
II. LESIONES ANATÓMICAS Y ALTERACIONES FUNCIONALES.....	260	
A.— <i>Las insuficiencias y sus consecuencias</i> .—1. Concepto.—2. Insuficiencia cardíaca.—3. Insuficiencia respiratoria.—4. Insuficiencia digestiva.—5. Insuficiencia nerviosa.—6. Insuficiencia renal.—7. Insuficiencia endocrina.—B.— <i>Lesiones anatómicas</i> .—1. Alteraciones del desarrollo.—2. Lesiones anatómicas por alteraciones de la función.—3. Procesos de defensa y de curación.—4. Tumores.		
III. SÍNTOMAS.....	267	
A.— <i>Fiebre</i> .—1. Temperatura normal.—2. Fiebre.—B.— <i>Síntomas a observar en cada uno de los órganos o sistemas</i> .—1. Piel.—2. Aparato digestivo y anejos.—3. Corazón y vasos.—4. Aparato respiratorio.—5. Aparato urinario.—6. Sistema nervioso.—7. Glándulas endocrinas y enfermedades carenciales.—8. Columna vertebral y miembros.		
IV. EXPLORACIÓN.....	283	
1. Medios e instrumentos necesarios para la exploración clínica.—2. Exámenes de laboratorio.—3. Radiodiagnóstico.—4. Punción.—5. Biopsia.		
V. PARTE PRÁCTICA.....	292	
1. Normas para la admisión de los enfermos en el hospital.—2. Anotación de las órdenes del médico.—3. Historia clínica.—4. Temperatura.—5. Pulso.—6. Respiración.—7. Gráficas.—8. Cómo ayudar al médico en un examen físico.—9. Recolección y conservación de orina, heces, jugo gástrico, esputos, etc.		
VI. EL TRABAJO EN LA SALA DEL HOSPITAL.....	306	
1. Trabajo de la mañana.—2. Trabajo durante el día.—3. Servicio de noche.—4. Sistematización del trabajo.		
LABORATORIO		
I. APARATOS Y MEDIOS MÁS USADOS.....	312	
1. Material de vidrio.—2. Desinfección del material.—3. Balanza de precisión.—4. Microscopio.—5. Microtomo.—6. Estufas.—7. Centrífuga.—8. Técnicas elementales.		
II. IDENTIFICACIÓN DE LOS MICROBIOS.....	320	
1. Examen al microscopio en fresco.—2. Examen al microscopio en frotis coloreado.—3. Desarrollo en los medios de cultivo.—4. Inoculación experimental en los animales de laboratorio.—5. Reacciones serológicas.		

MANUAL DE LA ENFERMERA Y DEL PRACTICANTE		Págs.
III. ANÁLISIS DE ORINA.....	323	
1. Caracteres organolépticos y físicos.—2. Elementos anormales.		
IV. ANÁLISIS DE SANGRE.....	326	
1. Obtención de la sangre para los análisis.—2. Velocidad de sedimentación de los hematíes.—3. Tiempo de coagulación.—4. Tiempo de hemorragia.—5. Pruebas cruzadas para los grupos sanguíneos.—6. Extensiones de sangre.		
V. ANÁLISIS DE JUGOS Y EXCRECIONES DIGESTIVAS.....	329	
1. Jugo gástrico.—2. Jugo duodenal.—3. Heces fecales.		
VI. ANÁLISIS DE SECRECIONES.....	331	
1. Esputos.—2. Pus.—3. Exudados y trasudados.—4. Secreción uretral.—5. Exudados faríngeos.—6. Exudados nasales.—7. Secreciones oculares y auriculares.—8. Saliva.		

PATOLOGÍA MÉDICA

I. PIEL.....	336
1. Urticaria y eczema.—2. Parásitos.—3. Infecciones.—4. Tumores.	
II. APARATO DIGESTIVO Y ANEJOS.....	339
1. Enfermedades de la boca.—2. Enfermedades de la faringe.—3. Enfermedades de las amígdalas.—4. Enfermedades del esófago.—5. Enfermedades del estómago.—6. Enfermedades del intestino.—7. Enfermedades del hígado y vías biliares.—8. Enfermedades del páncreas.—9. Síndromes abdominales.—10. Técnicas especiales.	
III. APARATO CIRCULATORIO.....	351
1. Enfermedades del corazón.—2. Enfermedades de los vasos sanguíneos.—3. Enfermedades de los linfáticos.—4. Técnicas especiales.	
IV. SANGRE.....	357
1. Modificaciones del cuadro hemático.—2. Enfermedades de la sangre.	
V. APARATO RESPIRATORIO.....	359
1. Enfermedades de la laringe.—2. Enfermedades de la tráquea y los bronquios.—3. Enfermedades de los pulmones.—4. Enfermedades de la pleura.—5. Técnicas especiales.	
VI. APARATO URINARIO.....	362
1. Enfermedades del riñón.—2. Enfermedades de las vías urinarias.—3. Técnicas especiales.	
VII. SISTEMA NERVIOSO.....	366
1. Enfermedades del encéfalo, médula y meninges.—2. Enfermedades de los nervios periféricos.—3. Técnicas especiales.	
VIII. GLÁNDULAS ENDOCRINAS.....	371
1. Concepto general.—2. Enfermedades de la hipófisis.—3. Enfermedades de la tiroides.—4. Enfermedades de las pa-	

ÍNDICE DE MATERIAS		XV
	Págs.	
IX. NUTRICIÓN.....	374	
1. Concepto.—2. Diabetes.—3. Obesidad.—4. Gota.—5. Enfermedades carenciales.		
PATOLOGÍA QUIRÚRGICA		
I. TRAUMAS MECÁNICOS.....	378	
1. Enfermedades quirúrgicas.—2. Traumas mecánicos.—3. Traumas operatorios.—4. Síntomas de las heridas.		
II. PREVENCIÓN Y SUPRESIÓN DEL DOLOR.....	381	
A.— <i>Generalidades</i> .—1. Anestesia. Concepto y división.—2. Anestesia general. Vías para el suministro de los anestésicos.—3. Anestesia parcial.—B.— <i>Anestesia por inhalación</i> .—1. Principales anestésicos.—2. Marcha de la anestesia.—3. Planos y signos.—4. Descripción de los períodos de la anestesia.—5. Preanestesia.—6. Métodos de administración de los anestésicos inhalatorios.—C.— <i>Accidentes. Reanimación</i> .—1. Accidentes en el curso de la anestesia inhalatoria. Medios de prevenirlos y combatirlos.—2. Accidentes que pueden presentarse después de la anestesia.—3. Preparación del instrumental y de los medios empleados para la reanimación.—D.— <i>Otras anestésicas</i> .—1. Anestesia por vía endovenosa.—2. Anestesia por vía rectal.—3. Anestesia local, regional y raquídea.		
III. PREVENCIÓN Y SUPRESIÓN DE LA HEMORRAGIA.....	402	
1. Hemorragia quirúrgica preventiva.—2. Hemostasia quirúrgica definitiva.		
IV. REUNIÓN DE LOS BORDES DE LA HERIDA.....	408	
1. Síntesis quirúrgica.—2. Medios que se utilizan.—3. Suturas.—4. Material de sutura.—5. Desagüe quirúrgico.		
V. APOÓSITOS Y VENDAJES.....	412	
1. Apósitos.—2. Vendajes.—A.— <i>Vendajes simples</i> .—1. Generalidades.—2. Vendajes de la cabeza.—3. Vendajes del tronco.—4. Vendajes de la mano.—5. Vendajes de la extremidad superior.—6. Vendajes de la extremidad inferior.—B.— <i>Vendajes sin vendas</i> .—1. Vendajes con pañuelos.—2. Vendajes adhesivos.—3. Vendajes compuestos.—4. Vendajes mecánicos.		
VI. PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA LA INFECCIÓN.....	430	
1. Infección de las heridas. Fuentes de origen.—2. Prevención y lucha contra la infección.—3. Asepsia y antisepsia.—4. Esterilización por medios físicos.—5. Esterilización por antisépticos.		

MANUAL DE LA ENFERMERA Y DEL PRACTICANTE		Págs.
VII. TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS.....	435	
1. Cicatrización.—2. Curas asepticas y antisépticas.—3. Preparación del material para una cura.—4. Técnica de practicar las curas.—5. Signos indicadores de la renovación de las curas.—6. Curas tardías.		
VIII. COMPLICACIONES DE LAS HERIDAS.....	441	
A.— <i>Infecciones</i> .—1. Erisipela.—2. Linfangitis.—3. Supuración.—4. Septicemia.—5. Gangrena gaseosa.—6. Tétanos.—B.— <i>Hemorragia</i> .—1. Variedades.—2. Mecanismo de la hemorragia espontánea.—3. Síndrome de anemia aguda.—C.— <i>Lipotimia, síncope, colapso y shock</i> .—1. Lipotimia.—2. Síncope, colapso y shock.		
IX. ACCIDENTES POR AGENTES FÍSICOS.....	447	
1. Accidentes por agentes térmicos.—2. Accidentes ocasionados por la acción del sol.—3. Accidentes ocasionados por el frío.—4. Accidentes producidos por la electricidad.		
X. PICADURAS DE INSECTOS, HERIDAS EMPONZOÑADAS, CUERPOS EXTRAÑOS.....	452	
1. Picaduras de insectos.—2. Heridas emponzoñadas.—3. Cuerpos extraños.		
XI. FRACTURAS, ESGUINCES Y LUXACIONES.....	455	
1. Fracturas.—2. Variedades.—3. Síntomas.—4. Primeros cuidados a un fracturado.—5. Preparación de los medios, aparatos e instrumentos que se utilizan en el tratamiento de las fracturas.—6. Esguinces.—7. Luxaciones.		
XII. EL SERVICIO OPERATORIO.....	462	
1. Descripción de un servicio operatorio.—2. Material.—3. Cuidados que exige la sala de operaciones.		
XIII. INSTRUMENTOS Y MATERIAL OPERATORIO.....	472	
1. Instrumentos quirúrgicos.—2. Material operatorio.—3. Esterilización.		
XIV. LA OPERACIÓN.....	483	
1. Preparación preoperatoria del enfermo.—2. Preparación del cirujano y de los ayudantes estériles.—3. Colocación del enfermo en la mesa de operaciones.—4. Terminación del campo operatorio.—5. Preparación del campo operatorio estéril.—6. El ayudante no estéril.—7. Denominaciones que reciben algunas operaciones.		
XV. CUIDADOS POSTOPERATORIOS.....	501	
1. La habitación del operado.—2. Traslado del operado.—3. Cuidados postoperatorios inmediatos.—4. Cuidados postoperatorios más tardíos.		
XVI. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.....	505	
1. Generalidades.—2. Complicaciones que pueden presentarse en todas clases de intervenciones.—3. Complicaciones propias de las distintas operaciones.—4. Síntomas de las complicaciones.—5. Síntomas de alarma y cuidado especial en los operados.		

El siguiente índice, correspondiente al tomo II, contiene 8 materias:

ÍNDICE

TERAPÉUTICA

	Págs.
I. GENERALIDADES.....	2
1. Definición.—2. Métodos.	
II. FARMACOLOGÍA GENERAL.....	5
1. Vías de absorción y eliminación de los medicamentos.—2. Modos de acción de los medicamentos.—3. Formas medicamentosas.—4. Receta.—5. Posología.—6. Tolerancia, intolerancia, habituación y acumulación.—7. Peligros de los medicamentos.	
III. FARMACOLOGÍA ESPECIAL.....	11
1. Antisépticos de acción general.—2. Antiléticos.—3. Antituberculosos.—4. Antipalúdicos.—5. Sulfamidas y antibióticos.—6. Antidiuréticos de acción local.—7. Antiparasitarios.—8. Medicación tópica.—9. Medicamentos que actúan sobre el aparato circulatorio.—10. Medicamentos que actúan sobre el aparato respiratorio.—11. Medicamentos que actúan sobre el aparato digestivo.—12. Medicamentos que actúan sobre el aparato urinario.—13. Medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso.—14. Medicamentos antitumorales.—15. Opoterapia.—16. Hormonas.—17. Vitaminas.—18. Vacunoterapia.	
IV. TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.....	35
1. Conservación de los medicamentos.—2. Vía bucal.—3. Vía cutánea.—4. Vía rectal.—5. Inhalación.—6. Inyección subcutánea.—7. Inyección intradérmica.—8. Inyección intramuscular.—9. Hipodermoclisis.—10. Inyección intravenosa.—11. Punción lumbar.—12. Vía intravesical.	
V. APLICACIÓN DE CALOR Y DE FRÍO.....	45
1. Termóforos.—2. Baños de aire caliente.—3. Bolsas de hielo.—4. Compresas frías.—5. Envoltura fría.—6. Envolturas húmedas medicamentosas.	
VI. HIPOTERAPIA.....	51
1. Baños calientes y fríos.—2. Baño permanente.—3. Baños medicamentosos.—4. Duchas.—5. Baños locales.	

ÍNDICE

VII

Págs.

VI. LA TERAPÉUTICA POR LAS AGUAS MINERALES....	134
1. Propiedades de las aguas minerales.—2. Balnearios españoles.	
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	
I. OFTALMOLOGÍA.....	140
1. Enfermedades de los ojos y sus anejos.—2. Técnicas especiales.—3. Operaciones.	
II. OTORRINOLARINGOLOGÍA.....	150
1. Enfermedades del oído.—2. Técnicas especiales.—3. Enfermedades de las fosas nasales y nasofaringeas.—4. Técnicas especiales.—5. Enfermedades de la laringe.—6. Técnicas especiales.—7. Operaciones.	
III. ODONTOLOGÍA.....	159
1. Recuerdo de la anatomía dental. Fórmula dentaria.—2. Higiene y limpieza de la boca.—3. Enfermedades de los dientes. Enfermedades de la pulpa. Caries.—4. Extracción de los dientes.—5. Anestesia dental.—6. Instrumental usado en la extracción dental.—7. Extracción de incisivos y caninos.—8. Extracción de premolares.—9. Extracción de grandes molares.—10. Extracción de la muela del juicio.—11. La antisepsia y medicación tópica en Odontología.—12. Los antibióticos en Odontología.	
MEDICINA Y CIRUGÍA DE URGENCIA	
I. TRAUMATISMOS.....	168
1. Primeros auxilios a un traumatizado.—2. Traumas cerrados.—3. Heridas.—4. Grandes traumatizados.	
II. HEMORRAGIAS.....	171
1. Hemorragias de los vasos de los miembros.—2. Hemorragias de los vasos del cuello.—3. Epistaxis.—4. Hemoptisis.—5. Hematemesis.—6. Melenas.—7. Hematuria.—8. Síndromes de anemia aguda.—9. Transfusión sanguínea.	
III. SÍNDROMES CARDIO-RESPIRATORIOS.....	178
1. Asfixia.—2. Anoxia.—3. Neumotórax valvular.—4. Traumatopneum.—5. Edema agudo de pulmón.—6. Angina de pecho.	
IV. ABDOMEN AGUDO.....	183
1. Concepto.—2. Peritonitis.—3. Ileus.—4. Hernia estrangulada.	
V. INTOXICACIONES.....	186
1. Cuadro de un envenenamiento.—2. Primeros cuidados a los intoxicados.—3. Variedades de intoxicaciones.—4. Intoxicaciones por gases de guerra.	
VI. CUIDADOS EN CASO DE DEFUNCIÓN.....	193
1. Asistencia a los moribundos.—2. Signos para comprobar la defunción.—3. Deberes en caso de defunción.	

VI

ÍNDICE

Págs.

VII. REVULSIÓN. DERIVACIÓN.....	56
A.— <i>Revulsión</i> .—1. Rubefacción.—2. Vesicación.—3. Cauterización.—4. Derivación.—1. Punción de los edemas.—2. Abscesos de fijación.—3. Ventosas escarificadas.—4. Sangría.—5. Sanguijuelas.	
VIII. ACTINOTERAPIA. HELIOTERAPIA.....	63
1. Rayos ultravioletas.—2. Rayos infrarrojos.—3. Helioterapia.	
IX. ELECTRICIDAD MÉDICA.....	67
1. Electroterapia.—2. Diatermia. Onda corta.—3. Ultrasonidos.	
X. TRATAMIENTO POR LAS RADIACIONES.....	71
1. Roentgenterapia.—2. Radioterapia superficial.—3. Radioterapia profunda.—4. Radiumterapia.—5. Isótopos radioactivos.—6. Bomba de cobalto.	
XI. KINESITERAPIA. ORTOPEDIA.....	77
A.— <i>Kinesiterapia</i> .—1. Concepto general. División.—2. Gimnasia médica.—3. Masaje.—4. Reeduación de movimientos.	
B.— <i>Ortopedia</i> .	

DIETÉTICA

I. TERAPÉUTICA POR LOS ALIMENTOS.....	86
1. Dieta, régimen y cura.—2. La ración alimenticia mínima.—3. Casuística del manejo de las tablas de composición de los alimentos para la elaboración de una dieta.—4. Ración alimenticia normal según la edad, peso y actividad del individuo.—5. Metabolismo de base.	
II. DIETAS.....	95
1. Dieta hídrica e hidro-glucosada.—2. Dieta hidro-glucosada y glucosado-alcohólica.—3. Dieta láctea.	
III. RÉGIMENES ALIMENTICIOS EN GENERAL.....	100
1. Principales tipos de régimen alimenticio.—2. Régimen de uso habitual.—3. Régimen de los enfermos operados.—4. Régimen de los enfermos febriles.—5. Régimen de los enfermos alimentados con sonda.	
IV. RÉGIMENES ALIMENTICIOS EN ALGUNAS ENFERMEDADES FRECUENTES.....	111
1. Diabetes.—2. Gota.—3. Obesidad.—4. Delgadez o enfamecimiento.—5. Enfermedades del riñón.—6. Enfermedades del corazón.—7. Enfermedades del aparato digestivo.	
V. PREPARACIÓN DE ALGUNOS ALIMENTOS.....	128
1. Caldos de carne.—2. Preparación del caldo de verduras.—3. Preparación del caldo de cereales.—4. Preparación de puré.—5. Preparación de extractos de carne.—6. Preparación de dulces de leche y lactiáceos.—7. Preparación de frutas cocidas.—8. Agua de arroz.—9. Papilla maltosa.—10. Horchata de chufas valenciana.	

VIII

ÍNDICE

HIGIENE Y PROFILAXIS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Págs.

I. MECANISMO DE LA TRANSMISIÓN.....	196
1. Qué es una enfermedad transmisible.—2. Cómo se transmite.—3. Pruebas de transmisión.—4. Los agentes patógenos.—5. Fuentes de la infección.—6. Los medios de transmisión. Contagio directo e indirecto.—7. Puertas de entrada.	
II. EVOLUCIÓN Y PROFILAXIS.....	204
1. Períodos de la enfermedad.—2. Curación clínica y bacteriológica.—3. Medidas preventivas.—4. Medidas administrativas.—5. Medidas higiénicas y medicinales.	
III. PRINCIPALES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ...	210
1. Concepto.—2. Fiebre eruptiva.—3. Anginas.—4. Bacteriemia.—5. Coqueluche.—6. Difteria.—7. Disenteria.—8. Fiebre tifoidal y paratíficas.—9. Tifus exantemático.—9. Sarna.—10. Gripe.—11. Meningitis epidémica.—12. Paperas.—13. Parálisis infantil.—14. Cólera.—15. Peste.—16. Fiebre amarilla.—17. Fiebre de Malta.—18. Fiebre recurrente.—19. Carbunco.—20. Malaria o paludismo.—21. Disenteria amebiana.—22. Tripanosomiasis.	

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

I. OBSTETRICIA.....	220
A.— <i>Embarazo</i> .—1. El feto y sus anexos.—2. Manifestaciones habituales de la gestación.—3. Diagnóstico de la gestación.—4. Duración del embarazo.—5. Higiene de la gestación.—6. Profilaxis de las complicaciones.	
B.— <i>Parto normal</i> .—1. Factores que intervienen en el parto.—2. Períodos del parto.—3. Duración del parto.—4. Asistencia al parto.—5. Cuidados a la parturienta.	
C.— <i>Asistencia al recién nacido</i> .—1. Ligadura del cordón.—2. Profilaxis de la infección ocular.—3. Lavado.—4. Pesada.—5. Asfixia del recién nacido.	
D.— <i>Puerperio normal</i> .—1. Síntomas.—2. Cuidados.	
E.— <i>Patología obstétrica</i> .—1. Interrupción de la gestación. Aborto. Parto prematuro.—2. Hemorragias.—3. Accidentes convulsivos.—4. Patología del parto.—5. Operaciones obstétricas.—6. Patología del puerperio.—7. Patología de la mama.	
F.— <i>Asistencia social</i> .—1. Instituciones de protección social.—2. Papel de la enfermera social.	
II. GINECOLOGÍA.....	246
1. Enfermedades.—2. Técnicas especiales.—3. Operaciones.	

ÍNDICE	IX	X	ÍNDICE	Págs.
PUERICULTURA E HIGIENE DE LA INFANCIA				
I. INTRODUCCIÓN.....	254			
1. Puericultura.—2. Período de la infancia.....				
II. LA PRIMERA INFANCIA. DESARROLLO ANATÓMICO, FISIOLÓGICO Y PSÍQUICO.....	257			
1. Aparato digestivo.—2. Aparato circulatorio y sangre.—3. Aparato respiratorio.—4. Aparato urinario.—5. Crecimiento del niño.—6. Erupción dentaria.—7. Osificación.—8. Funciones estáticas del niño.—9. Desarrollo psíquico.—10. Temperatura.—11. El sueño.....				
III. HIGIENE DE LA PRIMERA INFANCIA.....	275			
1. Piel y cuero cabelludo.—2. Posas nasales.—3. Boca.—4. Oídos.—5. Vestidos.—6. Ambiente en que debe vivir el recién nacido y el lactante.—7. Habitación del lactante.—8. Primera salida y paseos.—9. Juegos.....				
IV. ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA.....	288			
A.—Alimentación materna.—1. La leche de mujer.—2. Indicaciones.—3. Impedimentos por parte de la madre.—4. Impedimentos por parte del niño.—5. Dirección de la lactancia materna.—6. Ración alimenticia del lactado al pecho.—7. Incidentes durante la lactancia.—8. Cuidados alimenticios e higiénicos de la mujer que cria.—9. Alimentación de los gemelos.—10. Vigilancia de la lactancia.—11. Alimentación complementaria.—12. Destete.....				
B.—Lactancia mercenaria.—1. Lactancia por nodriza.—2. Indicaciones y contraindicaciones.—3. Elección de la nodriza.....				
C.—Alimentación artificial.—1. Leche de vaca.—2. Indicaciones de la lactancia artificial.—3. Elección de la leche de vaca.—4. Conservación y esterilización de la leche.—5. Dilución y azucarado de la leche de vaca.—6. Preparación y cuidado de los biberones.—7. Reglamentación de las tetinas y ración alimenticia en la lactancia artificial.—8. Vigilancia de la lactancia artificial.—9. La leche de burra.—10. Leche de cabra.—11. Preparados industriales.—12. Alimentación mixta.....				
D.—Regímenes alimenticios.—1. Recién nacido.—2. Régimen alimenticio del niño en los cinco primeros meses.—3. Régimen alimenticio del niño de seis a diez meses.—4. Régimen alimenticio del niño de diez a doce meses.—5. Régimen alimenticio del niño de doce a veinticuatro meses.—6. Preparación de caldos, papillas, purés y mucilagos.....				
V. EL PREMATURO.....	312			
1. Concepto.—2. Etiología.—3. Sintomatología.—4. Enfermedades más frecuentes en los innaduros.—5. Pronóstico.—6. Tratamiento.....				
VI. EL RECIÉN NACIDO ANORMAL Y ENFERMO.....	319			
1. Asfisia neonatorum.—2. Alergia neonatorum.—3. Neumonías.—4. Infecciones umbilicales.—5. Tétanos del recién nacido.—6. Erisipela neonatorum.—7. Traumatismos obstétricos.—8. Fracturas del recién nacido.—9. Anemias del recién nacido.—10. Oftalmia purulenta del recién nacido.—11. Pénfigo neonatorum.—12. Dermatitis exfoliativa del recién nacido.—13. Enteritis epidémica del recién nacido.—14. Meningitis aguda del recién nacido.—15. Sifilis innata.....				
VII. ENFERMEDADES DEL LACTANTE.....	338			
1. Lianto.—2. Regurgitaciones y vómitos.—3. Diarreas.—4. Estreñimiento.—5. Sobrealimentación. Hiperalimentación.—6. Aerología.—7. Trastornos digestivos agudos.—8. Distrofia y atrofia. Raquitismo.—9. Escorbuto infantil.....				
VIII. CUIDADOS AL LACTANTE ENFERMO.....	352			
A.—Cuidados personales.—1. Aislamiento.—2. La limpieza del niño enfermo.—3. Administración de medicamentos.....				
B.—Alimentación del niño enfermo.—1. Dieta hídrica.—2. Caldos vegetales.—3. Mucilago de arroz.—4. Leche albuminosa.—5. La leche de larosán.—6. Babeurre.—7. Leche láctica de Marriott.—8. Papillas malteadas.—9. Celac.—10. Harina de algarroba (Arobón).—11. Alimentación espesante (Nestargel Nestlé).—12. La dieta de manzanas.—13. Alimentación forzada.....				
IX. HIGIENE SOCIAL DE LA PRIMERA INFANCIA.....	361			
A.—Mortalidad infantil.—1. Frecuencia.—2. Causas de la mortalidad infantil.—3. Remedios contra la mortalidad infantil.....				
B.—Instituciones de puericultura.—1. Enfermeras visitadoras de higiene maternal e infantil.—2. Dispensario de higiene infantil.—3. Consulta de lactante y Cotas de Leche.—4. Guarderías infantiles.—5. Habitaciones de lactancia.—6. Institutos de Maternología o Asilos Maternales.—7. Casas Cunas.—8. Hospitales de niños.....				
X. PROTECCIÓN CONTRA LAS AFECIONES CONTAGIOSAS.....	383			
1. Profilaxis de las infecciones agudas y crónicas.—2. Vacunación antivariólica.—3. Vacunación antidiptérica.—4. Vacunación antierisipélica.—5. Vacunación antitífica o paratífica.—6. Vacunación antitetánica.—7. Vacunación contra la gripe o influenza.—8. Vacunación antiescarlatínica.—9. Profilaxis del sarampión.—10. Protección contra la hepatitis infecciosa.—11. Vacunación antituberculosa.—12. Vacuna antipoliomielítica.....				
XI. LA SEGUNDA INFANCIA.....	393			
A.—El niño normal y sano.—1. Características de la segunda infancia.—2. Crecimiento corporal.—3. Desarrollo neuropsíquico en la segunda infancia.—4. Higiene en la segunda infancia.—5. Régimen alimenticio del niño de dos a cuatro años.—6. Régimen alimenticio del niño de cuatro a seis años.....				
B.—El niño anormal y enfermo.—1. Resfriados o catarro				
ÍNDICE	XI	XII	ÍNDICE	Págs.
común.—2. Hipertrófia de las amígdalas palatinas y de las adenoides.—3. Amigdalitis y adenoiditis.—4. Laringitis aguda.—5. Enfermedades crupiales.—6. Sarampión.—7. Escarlatina.—8. Rubéola.—9. Cuarta enfermedad, rubéola escarlatínica o enfermedad de Dukes-Filatow.—10. Eritema infeccioso o quinta enfermedad o megaleritema.—11. Exantema crítico o fiebre de tres días.—12. Varicela.—13. Posferina.—14. Parotiditis epidémica.—15. Difteria.—16. Parálisis espinal infantil, poliomielitis anterior aguda, parálisis espinal epidémica o enfermedad de Heine-Medin.—17. Neumonía crupal.—18. Acetonemia infantil.....				
XII. LA TERCERA INFANCIA.....	413			
1. Higiene de la escuela.—2. Higiene de los juegos y educación física.—3. Inspección médico-escolar.....				
XIII. LA CUARTA INFANCIA.....	418			
1. Pubertad.—2. Mecanismo de la pubertad.—3. Diferenciación de los sexos.—4. Higiene de la pubertad. Educación física y moral.—5. Trastornos de la pubertad y enfermedades frecuentes en este período.....				
MEDICINA SOCIAL				
I. GENERALIDADES.....	428			
1. Enfermedad social.—2. Las grandes plagas sociales.—3. Medios de lucha directa e indirectamente contra las plagas sociales.....				
II. TUBERCULOSIS.....	431			
A.—La infección tuberculosa.—1. Etiología.—2. Mecanismo de contagio.—3. Factores que favorecen el desarrollo.—4. Medios de evitar la diseminación.—5. Manifestaciones clínicas.—6. Reacciones a la tuberculina.—7. Tratamiento.....				
B.—Lucha social.—1. Consecuencias sociales.—2. Profilaxis.—3. Medios de lucha.....				
III. ENFERMEDADES VENEREAS.....	442			
A.—Sífilis.—1. Etiología.—2. Mecanismo de contagio.—3. Manifestaciones clínicas.—4. Tratamiento.....				
B.—Gonococia.—1. Etiología.—2. Mecanismo de contagio.—3. Manifestaciones clínicas.—4. Tratamiento.....				
C.—Lucha social.—1. Consecuencias sociales.—2. Profilaxis.—3. Medios de lucha.....				
IV. LEPROSA.....	448			
A.—La infección leprosa.—1. Etiología.—2. Mecanismo de contagio.—3. Manifestaciones clínicas.—4. Tratamiento.....				
B.—Lucha social.—1. Consecuencias sociales.—2. Profilaxis.—3. Medios de lucha.....				
V. CÁNCER.....	451			
A.—Tumores en general.—1. Concepto.—2. Clasificación.—3. Etiología del cáncer.—4. Evolución.—5. Tratamiento.....				
B.—Lucha social.—1. Consecuencias sociales.—2. Profilaxis del cáncer.—3. Necesidad de descubrir los síntomas iniciales.—4. Medios de lucha.....				
VI. ENFERMEDADES MENTALES.....	457			
A.—Enfermedades.—1. Síntomas.—2. Enfermedades más frecuentes.—3. Tratamiento.....				
B.—Lucha social.—1. Consecuencias sociales.—2. Profilaxis.—3. Medios de lucha.....				
VII. TOXICOMANÍAS.....	461			
A.—Enfermedades.—1. Concepto.—2. Morfismo.—3. Cocainismo.—4. Barbiturismo.—5. Alcoholicismo.—6. Tratamiento de las toxicomanías.....				
B.—Lucha social.—1. Consecuencias sociales.—2. Profilaxis.—3. Medios de lucha.....				
VIII. CONVALESCENTES, CRÓNICOS, INVÁLIDOS Y VIEJOS.....	465			
1. Convalecientes.—2. Crónicos.—3. Inválidos.—4. Viejos.....				
IX. LEGISLACIÓN Y ORGANIZACIÓN SANITARIA Y SOCIAL DE ESPAÑA.....	468			
1. Sanidad.—2. Beneficencia.—3. Seguros.—4. Protección social.—5. Papel del ayudante sanitario en la lucha contra las enfermedades sociales.....				

La octava y novena ediciones presentan ligeros cambios entre sí y con la anterior (Usandizaga, 1964; Usandizaga, 1970).

La octava vuelve a tener un tomo y consta de 17 materias (1 menos que la edición anterior) y 129 temas (1 más). Además, se producen los siguientes cambios:

- ✓ Se reorganizan los descriptores y algunos capítulos de todas las materias.
- ✓ Desaparece la materia de Biología e Histología y sus dos temas se incluyen en Anatomía Funcional.
- ✓ Aumenta 1 tema en las materias de Higiene y Terapéutica, debido al desglose de un tema en cada una de ellas (el tema I y el XI, respectivamente).
- ✓ Disminuye 1 tema en Patología Quirúrgica, por unificación de dos.

La novena es prácticamente igual a la anterior, salvo que la materia de Medicina Social contiene 1 tema más (130) que versa sobre la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. Se observa también la inclusión de algún nuevo descriptor en la de Higiene, en el tema correspondiente a la vivienda.

7.2.5 Los contenidos.

Como puede observarse, tanto en el apartado anterior como en el cuadro resumen del final del capítulo, los contenidos de las tres ediciones del Manual de la Enfermera y del Practicante son muy similares; las variaciones más destacadas se producen entre la séptima y la octava y son, sobre todo, de organización y amplitud de algunos temas.

En el prólogo de la séptima edición explica Usandizaga las razones de los cambios que se han visto obligados a realizar a consecuencia de las modificaciones que se han llevado a cabo en la titulación (Usandizaga, 1958).

En efecto, entre 1955 y 1957 se sucederá la regulación de todos los aspectos profesionales y formativos derivados de la unificación en un solo título, el de ATS, de los estudios de Practicantes, Matronas y Enfermeras. Como se ha explicado en el capítulo anterior, el programa de formación de los ATS es mucho más amplio que los propuestos con anterioridad para las Enfermeras, en especial en el área de las patologías, ya que, aunque continua definiendo una profesión auxiliar y dependiente de la médica, ésta necesita, en este momento, delegar tareas en un técnico dotado de determinadas habilidades prácticas que no se demandaban hasta ese momento.

A continuación reproducimos textualmente las disciplinas, extensión e intensidad del programa de las enseñanzas de ATS, aprobado en 1955 (Usandizaga, 1958):

Primer curso:

- Religión: treinta horas, con una hora semanal.
- Moral profesional: treinta horas, con una hora semanal.
- Anatomía funcional: Sesenta horas con seis horas semanales, desarrolladas en el primer periodo del curso que habrá de terminar en el primero de febrero.

- Biología general e Historia humana: diez horas desde el comienzo del curso, con tres horas semanales.
- Microbiología y Parasitología: diez horas con tres horas semanales, a continuación de terminar Biología e Historia.
- Higiene general: diez horas con tres horas semanales a continuación de Microbiología y Parasitología.
- Nociones de Patología general: treinta horas con tres horas semanales a continuación de acabar Anatomía funcional.
- Formación política: una hora a la semana.
- Educación física: seis horas a la semana.
- Practicas: Técnica de cuidado de los enfermos y conocimientos de material de laboratorio, cuatro horas diarias como mínimo.

Segundo curso:

- Religión: treinta horas con una hora semanal.
- Moral profesional: treinta horas con una hora semanal.
- Patología medica: treinta horas con una hora semanal.
- Patología quirúrgica: sesenta horas con dos horas semanales.
- Nociones de Terapéutica y Dietética: cuarenta horas con una hora semanal.
- Elementos de Psicología general: veinte horas con una hora semanal.
- Historia de la profesión: diez horas.
- Educación física: seis horas a la semana.
- Formación política: una hora a la semana.
- Practicas: seis horas diarias en clínicas medicas y quirúrgicas y laboratorio.

Tercer curso:

- Religión: treinta horas una hora semanal.
- Moral profesional: treinta horas una hora semanal.
- Lecciones teórico-practicas de especialidades quirúrgicas: treinta horas con una hora semanal.
- Medicina y Cirugía de urgencias: treinta horas con una hora semanal.
- Higiene y profilaxis de las enfermedades transmisibles: diez horas.
- Obstetricia y Ginecología: veinte horas.
- Puericultura e Higiene de la infancia: quince horas.

- Medicina social: diez horas.
- Psicología diferencia aplicada: diez horas.
- Formación política: una hora a la semana.
- Educación física: seis horas a la semana.
- Practicas: seis hora diarias en clínicas hospitalarias correspondientes a todas las enseñanzas del curso.

En la Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos se cursara además la disciplina de Enseñanza de Hogar, con una intensidad de una hora semanal en los tres cursos y, en la de masculinos, nociones de autopsia médico-legal.

Usandizaga explica muy bien las características de este nuevo profesional (Usandizaga, 1958):

El ATS, como su nombre lo indica claramente, tiene a su cargo funciones exclusivamente auxiliares. Debe conocer perfectamente un cierto número de técnicas para poderlas practicar correctamente cuando el médico se lo ordene. Sólo de una manera excepcional, cuando falte éste y sea urgente su intervención, podrá actuar por iniciativa personal. Ahora bien, la correcta ejecución de unas técnicas auxiliares no excluye un cierto nivel de cultura médica indispensable para la mejor comprensión de las mismas. Es decir, una buena preparación para las funciones auxiliares y adquirir una cultura médica elemental, estimamos, son los objetivos de la enseñanza de los ATS.

Y, basándose en ellas y en el programa de formación definido, justifica los contenidos que incluyen en el Manual de la Enfermera y del Practicante (Usandizaga, 1958):

En éste se incluyen gran número de disciplinas: unas, que contribuyen a la enseñanza técnica de los Ayudantes Sanitarios; otras, que se orientan más hacia la formación personal de los alumnos. En lo que se refiere a las primeras, las que se dirigen a la enseñanza técnica, en este Manual se contesta textualmente al Programa Oficial. Por el contrario, hemos renunciado a ocuparnos de las del segundo grupo (Religión, Moral, Educación Política y Psicología), no sólo porque no encuadran dentro de la orientación general técnica del libro, sino, además, porque deben ser desarrolladas por personas con especial preparación para estas cuestiones. Esto ha determinado que no incluyéramos, como veníamos haciéndolo desde la primera edición, un capítulo sobre misión, moral y deberes de la enfermera, confiando en que sea desarrollado más ampliamente en los cursos correspondientes.

La Historia de la Profesión podría incluirse en cualquiera de los dos grupos de disciplinas. Hemos renunciado a ocuparnos de ella, por el momento, con la esperanza de que algún día le consagremos un volumen entero, en el que se estudie con la consideración que se merece.

Al renovar completamente el Manual, hemos vacilado mucho sobre la extensión que era necesario dar a cada capítulo. Un programa tan amplio, como el Oficial actual, puede conducir muy fácilmente a una enorme extensión de los textos que le respondan. Nos hemos defendido vivamente de incurrir en el error, porque lo sería, y muy grande, de dar una formación teórica excesivamente amplia a unos profesionales, que deben prepararse exclusivamente para funciones auxiliares.

Efectivamente, los Manuales no contienen las disciplinas que Usandizaga denomina “de formación personal de los alumnos”, como Religión, Moral profesional, Educación física, Formación política, Enseñanzas del Hogar y Psicología general. Sobre esta última resulta llamativa su inclusión como una disciplina de formación personal, en lugar de técnica. Tampoco existen contenidos de Historia de la profesión que, a pesar de sus perspectivas, no llegarán a desarrollar en ningún libro posterior; y, sin embargo, sí incluyen materias que no contiene el programa oficial, como Prácticas de la Asistencia a los Enfermos, Laboratorio e Higiene Alimenticia.

En este Manual de la Enfermera y el Practicante son destacables varios aspectos. En primer lugar el gran desglose que se hace de las materias de la formación enfermera convirtiendo las 9 originales en 19, sin que, aparentemente, haya nuevos contenidos, ya que, en su mayoría, estaban incluidos, aunque con un menor grado de desarrollo, en las anteriores. Parece como si al estar más definida la función técnica y auxiliar que ahora van a desempeñar las nuevas profesionales, tuviera mucha más influencia en su formación la organización de la atención médica orientada hacia la especialización y la medicalización de la atención sanitaria que se está produciendo en ese momento vinculada al desarrollo tecnológico y a la extensión de la asistencia sanitaria en nuestro país.

Así puede verse cómo son los contenidos más directamente relacionados con esta función auxiliar, de colaboración, de aplicación de procedimientos y técnicas los que están más desarrollados y, a consecuencia de ello, se produce una disminución y, por tanto, una pérdida de importancia de los relacionados con el papel de la enfermera como cuidadora. Este papel queda relegado en estos Manuales a la materia de Prácticas de la Asistencia a los Enfermos que contiene solamente 5 temas dedicados a la cobertura de las necesidades más básicas del enfermo: la habitación, la cama, la limpieza, moverle en la cama y servirle la comida. Sin embargo, es de destacar su existencia cuando el programa de estudios no incluye ninguna materia teórica de estas características.

Por otra parte, cobra más importancia en estos Manuales la formación en aspectos ambientales y sociales que estaban mucho menos desarrollados en los de la Enfermera.

También llama la atención en estos Manuales la utilización del género masculino al referirse a los alumnos o a los ayudantes sanitarios, cuando en los anteriores se hablaba siempre de enfermeras y alumnas. Esto tiene que ver con las nuevas características de la titulación que implicará que también los varones accedan a ella.

Otro aspecto que ofrece información sobre las características de estos Manuales es la comparación de la extensión de las materias en ellos con las del programa oficial de estudios. Así observamos cómo son los temas relativos a la Higiene, Puericultura y Medicina Social los más desarrollados y a ellos hay que sumar las tres que incluye el Manual y no están en el programa de estudios de ATS: Prácticas de la Asistencia a los Enfermos, Laboratorio e Higiene Alimenticia.

Estos Manuales de la Enfermera y del Practicante contienen también un extenso material iconográfico, en su mayoría procedente de las ediciones anteriores.

Para finalizar, varios son los cambios más significativos de estas tres ediciones del Manual de la Enfermera y del Practicante, respecto a la última del Manual de la Enfermera:

- Aumento ostensible del número de materias (que se duplican), de temas y de páginas que son debidas al desglose y ampliación de algunas disciplinas, como Anatomía,

Higiene, Patología y Puericultura, así como a la aparición de otras nuevas, aunque la mayoría de sus contenidos ya estuvieran incluidos en las anteriores: Obstetricia y Ginecología, Laboratorio, Medicina Social y Microbiología y Parasitología.

- Cambio de denominación y disminución muy importante del número de temas en la materia Técnica del Cuidado de los Enfermos, llamada ahora Prácticas de la Asistencia a los Enfermos.
- Desaparición de dos materias: Química y la Enfermera.
- Inclusión de un nuevo autor en una de las materias.
- Desaparición del índice alfabético de materias.

Insertamos, a continuación, dos cuadros resumen. El primero con las características más importantes de estas tres ediciones y, el siguiente, comparando la primera de ellas con la última del Manual de la Enfermera.

Tabla 8. Resumen de las tres ediciones del Manual de la Enfermera y del Practicante

Edición 1958 (7ª ed.) (2 Tomos)	Edición 1964 (8ª ed.)	Edición 1970 (9ª ed.)
(Tomo I)		
Biología. Histología (M. Usandizaga) 2 temas 14 pp. (1-13)	No existe como materia	No existe como materia
Anatomía Funcional (M. Usandizaga) 15 temas 126 pp. (15-140)	Anatomía Funcional (M. Usandizaga) 17 temas 141 pp. (1-140)	Anatomía Funcional (M. Usandizaga) 17 temas 141 pp. (1-140)
Prácticas Asistencia a los Enfermos (M. Usandizaga) 5 temas 35 pp. (141-174)	Prácticas Asistencia a los Enfermos (M. Usandizaga) 5 temas 35 pp. (141-174)	Prácticas Asistencia a los Enfermos (M. Usandizaga) 5 temas 35 pp. (141-174)
Microbiología y Parasitología (M. Usandizaga) 4 temas 22 pp. (175-196)	Microbiología y Parasitología (M. Usandizaga) 4 temas 22 pp. (175-196)	Microbiología y Parasitología (M. Usandizaga) 4 temas 22 pp. (175-196)
Higiene (M. Usandizaga) 5 temas 28 pp. (197-224)	Higiene (M. Usandizaga) 6 temas 33 pp. (220-252)	Higiene (M. Usandizaga) 6 temas 35 pp. (220-254)
Higiene alimenticia (J.Lamelas) 7 temas 30 pp. (225-254)	Higiene alimenticia (J.Lamelas) 7 temas 30 pp. (253-282)	Higiene alimenticia (J.Lamelas) 7 temas 30 pp. (255-284)
Patología General (M. Usandizaga) 6 temas 55 pp. (255-309)	Patología General (M. Usandizaga) 6 temas 60 pp. (369-428)	Patología General (M. Usandizaga) 6 temas 60 pp. (373-432)
Laboratorio (M. Usandizaga) 6 temas 23 pp. (311-333)	Laboratorio (M. Usandizaga) 6 temas 23 pp. (197-219)	Laboratorio (M. Usandizaga) 6 temas 23 pp. (197-219)
Patología Médica (M. Usandizaga) 9 temas 42 pp. (335-376)	Patología Médica (M. Usandizaga) 9 temas 48 pp. (429-476)	Patología Médica (M. Usandizaga) 9 temas 48 pp. (433-480)
Patología Quirúrgica (M. Usandizaga) 16 temas 136 pp. (377-512)	Patología Quirúrgica (M. Usandizaga) 15 temas 146 pp. (477-622)	Patología Quirúrgica (M. Usandizaga) 15 temas 146 pp. (481-626)
(Tomo II)		
Terapéutica (M. Usandizaga y J. Puyal) 11 temas 84 pp. (1-83)	Terapéutica (M. Usandizaga y J. Puyal) 12 temas 86 pp. (283-368)	Terapéutica (M. Usandizaga y J. Puyal) 12 temas 88 pp. (285-372)

Dietética (J.Lamelas) 6 temas 53 pp. (85-137)	Dietética (J.Lamelas) 6 temas 54 pp. (651-704)	Dietética (J.Lamelas) 6 temas 54 pp. (655-708)
Especialidades Quirúrgicas (M. Usandizaga y P. Ruiz de Temiño) 3 temas 28 pp. (139-166)	Especialidades Quirúrgicas (M. Usandizaga y P. Ruiz de Temiño) 3 temas 28 pp. (623-650)	Especialidades Quirúrgicas (M. Usandizaga y P. Ruiz de Temiño) 3 temas 28 pp. (627-654)
Medicina y Cirugía de Urgencia (M. Usandizaga) 6 temas 18 pp. (167-194)	Medicina y Cirugía de Urgencia (M. Usandizaga) 6 temas 18 pp. (705-722)	Medicina y Cirugía de Urgencia (M. Usandizaga) 6 temas 18 pp. (709-726)
Higiene y Profilaxis E. Transmisibles (M. Usandizaga) 3 temas 23 pp. (195-217)	Higiene y Profilaxis E. Transmisibles (M. Usandizaga) 3 temas 22 pp. (723-744)	Higiene y Profilaxis E. Transmisibles (M. Usandizaga) 3 temas 22 pp. (727-748)
Obstetricia y Ginecología (M. Usandizaga) 2 temas 33 pp. (219-251)	Obstetricia y Ginecología (M. Usandizaga) 2 temas 32 pp. (745-776)	Obstetricia y Ginecología (M. Usandizaga) 2 temas 32 pp. (749-780)
Puericultura e Higiene Infancia (G. Arce) 13 temas 174 pp. (253-426)	Puericultura e Higiene Infancia (G. Arce) 13 temas 174 pp. (777-950)	Puericultura e Higiene Infancia (G. Arce) 13 temas 174 pp. (781-954)
Medicina Social (M. Usandizaga) 9 temas 45 pp. (427-471)	Medicina Social (M. Usandizaga) 9 temas 43 pp. (951-993)	Medicina Social (M. Usandizaga) 10 temas 48 pp. (955-1002)
18 materias 128 temas 258 figuras 512+471= 983 páginas	17 materias 129 temas 258 figuras 993 páginas	17 materias 130 temas 258 figuras 1002 páginas

Tabla 9. Comparación entre la última edición del Manual de la Enfermera y la primera del Manual de la Enfermera y del Practicante

Edición 1952 (6ª ed.)	Edición 1958 (7ª ed.) (2 Tomos)
La Enfermera 3 temas y 12 pp. (1-12)	
Química 2 temas y 14 pp. (579-592)	
Anatomía y Fisiología 13 temas y 120 pp. (13-132)	Anatomía Funcional 15 temas y 126 pp. (15-140) Biología. Histología 2 temas y 14 pp. (1-13)
Dietética 6 temas y 90 pp. (621-710)	Dietética 6 temas y 53 pp. (85-137) Higiene alimenticia 7 temas y 30 pp. (225-254)
Farmacología 2 temas y 28 pp. (593-620)	Terapéutica 11 temas y 84 pp. (1-83)
Higiene 5 temas y 26 pp. (314-339)	Higiene 5 temas y 28 pp. (197-224) Higiene y Profilaxis E. Transmisibles 3 temas y 23 pp. (195-217)
Patología 19 temas y 180 pp. (133-312)	Patología General 6 temas y 55 pp. (255-309) Patología Médica 9 temas y 42 pp. (335-376) Patología Quirúrgica 16 temas y 136 pp. (377-512) Especialidades Quirúrgicas 3 temas y 28 pp. (139-166) Medicina y Cirugía de Urgencia 6 temas y 18 pp. (167-194)
Puericultura 9 temas y 109 pp. (711-819)	Puericultura e Higiene Infancia 13 temas y 174 pp. (253-426)
Técnica Cuidado de los Enfermos 27 temas y 239 pp. (340-578)	Prácticas Asistencia a los Enfermos 5 temas y 35 pp. (141-174)
	Obstetricia y Ginecología 2 temas y 33 pp. (219-251)
	Laboratorio 6 temas y 23 pp. (311-333)
	Medicina Social 9 temas y 45 pp. (427-471)
	Microbiología y Parasitología 4 temas y 22 pp. (175-196)
Apéndice 27 pp. (821-847)	
9 materias y 86 temas 264 figuras y 847 páginas	18 materias y 128 temas 258 figuras y 983 páginas

CAPÍTULO 8:

RESULTADOS DE LOS DISCURSOS EXPERIENCIALES: DE LA VOCACIÓN A LA PROFESIÓN.



Existimos en un círculo conversacional en que nuestra comprensión del mundo social depende de nuestras conversaciones y nuestra comprensión de la conversación se basa en nuestra comprensión del mundo social. Esto no es un círculo vicioso, sino que, en un sentido hermenéutico, es un *circulus fructuosus* (círculo fértil). El problema no es salir del círculo de conversaciones, sino entrar en él de la manera adecuada (Kvale, 2011), p. 183.

Al objeto de dar sentido, iluminar, contrastar, complementar y comprender los acontecimientos, acciones e interacciones descritos en los capítulos anteriores, que hacían referencia a las características de la formación enfermera en la EE a lo largo de sus más de ochenta años de existencia, así como al contexto sociopolítico, cultural y económico en el que se desarrolló, examinaremos en este capítulo las experiencias de algunas de sus protagonistas: las alumnas que se formaron en la EE en distintos momentos de su devenir, refiriéndonos, generalmente, a “ellas”, en femenino, debido al predominio de mujeres, exclusivo durante los primeros cuarenta y cinco años y, mayoritario, en los siguientes; representación que también se manifiesta en la selección de las personas entrevistadas.

Este capítulo está dividido en cinco grandes apartados. Comienza con la exposición de las circunstancias que dieron origen a esta tesis así como las motivaciones, intereses, percepciones y presupuestos de partida de su autora; para ofrecer, en los siguientes, los puntos de vista de las entrevistadas sobre lo vivido, comenzando por su perfiles y continuando con los temas de los que hablan, el modo en que los relatan y cómo se interpretan y relacionan con la información recogida en los capítulos anteriores, para dar respuesta a los objetivos de la investigación.

8.1. ¿A QUIEN LE HABLAN?: POSICIÓN, PRESUPUESTOS DE PARTIDA, PERSPECTIVAS Y MIRADAS

¿Cómo hacemos lo que hacemos en tanto observamos nuestro hacer? (Maturana Romesín, 1993), p. 9.

Varios son los autores que describen a quienes investigan, en especial si su mirada es cualitativa, como la herramienta, o el instrumento, principal de la investigación (De la Cuesta-Benjumea, 2011; Gordo López & Serrano, 2008; Strauss & Corbin, 2002). Utilizan para ello sus capacidades de percepción e interpretación, filtradas y condicionadas por la cultura, el género, las experiencias vitales, los valores, las creencias y la educación; lo que inevitablemente condicionará su acercamiento al tema de estudio y el planteamiento que realiza del mismo (Taylor & Bogdan, 1992).

Esta situación determina la importancia que tiene la investigadora, o investigador, en el proceso de investigación, tanto en la delimitación de la cuestión a estudiar y del método que elige para ello como en el análisis e interpretación de los resultados e, incluso, en el modo en que los transmite a la comunidad científica (Bover, Gastaldo, & Calvo, 2003).

Escogemos un tema para investigar en función de nuestro interés y, durante la investigación, “están presentes nuestras influencias en las clases de datos que recopilamos y lo que hacemos con ellos y nuestras hipótesis sobre lo que estos datos nos cuentan” (Coffey & Atkinson, 2005), p. 185. De este modo, las decisiones se vinculan “a una determinada posición social, así como a una finalidad específica que se acompaña de un determinado compromiso afectivo, ético y pragmático” (Gordo López & Serrano, 2008), p. XIX.

Esta subjetividad de quien investiga derivada de su cultura, preconcepciones, formación, experiencias, relación con el objeto investigado y perspectiva de abordaje del fenómeno constituye un elemento fundamental del proceso investigador, del que debe ser consciente quien lo desarrolla. Los investigadores son sujetos ubicados, “en proceso” (Alonso, 2008; Ibáñez, 1979), con una biografía y unas perspectivas que condicionaran todas las fases de la investigación.

Por este motivo, explorar y definir previamente la posición, motivaciones e intereses en el tema de estudio, contribuye a ilustrar y clarificar la aportación que realiza y a garantizar el rigor epistemológico y metodológico (Calderón, 2002). Este proceso, que varios autores denominan *reflexividad* (Bourdieu & Jordá, 2003; De la Cuesta-Benjumea, 2011; González Gil, 2009; Gordo López & Serrano, 2008; Ortí Benlloch, 1998; Taylor & Bogdan, 1992; 1992; Varela, 1990), representa el esfuerzo que realiza quien investiga para analizar los planteamientos de los que parte y mostrar la perspectiva desde la que abordará el fenómeno que estudia, no ya por evitar su efecto sobre el mismo, sino por reconocerlo y posibilitar que sea tenido en cuenta, también, por quienes sean destinatarios de la investigación.

A pesar de que no existe consenso sobre el término *reflexividad*, “se entiende como el proceso de volver hacia uno mismo para examinar críticamente el efecto que se produce en el desarrollo de la investigación” (De la Cuesta-Benjumea, 2011), p. 164. Hace referencia, también, a la posibilidad de los sujetos “de ser observadores de sí mismos y de actuar conforme a esas observaciones” (Gordo López & Serrano, 2008), p. XVIII, puesto que la *reflexividad* es un proceso circular que opera tanto en el observado (observador a su vez) como en el observador (observado al mismo tiempo). Quien investiga influye e interviene en el fenómeno investigado y, a su vez, es influido y transformado durante el proceso de investigación (Conde, 2009), porque “explicamos nuestra experiencia con la coherencia de nuestra experiencia, y al explicar nuestras experiencias cambia nuestra experiencia” (Maturana Romesín, 1993), p.11.

Estos argumentos justifican que inicie este capítulo explorando y visibilizando los intereses, vivencias, motivaciones, presupuestos y posición que me han llevado a reflexionar sobre la formación enfermera en la EE desde esta particular orientación, ya que entiendo que, en gran medida, las circunstancias vividas me han constituido como persona, tanto desde el punto de vista académico e investigador como desde mi subjetividad y sensibilidad como mujer y enfermera.

Mi interés por este objeto de estudio comenzó a gestarse desde el momento en que inicié mi etapa como Directora de la EE, allá a comienzos de 1996; aunque yo no pensaba entonces realizar una tesis. En esta inclinación, que ha ido acrecentándose con los años, han debido concurrir varias razones; unas tienen que ver con mi identidad femenina que me impulsan a tratar de comprender la influencia que esta condición ha tenido en la formación enfermera y en el desarrollo de la profesión en España, y esta EE reúne las condiciones para este análisis. Las primordiales, sin embargo, están relacionadas con mi vinculación a la EE no sólo durante

los últimos veinticuatro años, doce de ellos ocupando el cargo de Directora, sino también en los tres largos años que permanecía en ella formándome como enfermera.

Cuando evoco mis vivencias como alumna de la EE son los aspectos negativos de la experiencia los que predominan sobre los demás. Recuerdo la llegada a Santander, acompañada de mi padre, una noche del mes de junio de 1967: la fea estación, el cielo poblado de nubes y la falta de luz de esa zona de la ciudad, el túnel para entrar a ella, las escaleras para subir al restaurante donde cenamos y la tristeza y el rechazo que me inundaban. La acogida del día siguiente en la EE no debió mejorar mis sensaciones, ya que las primeras palabras de quien nos recibió, la Madre Superiora de la congregación, fueron para criticar mi escasa talla, motivo por el que habían estado a punto de no admitirme.

Siempre he pensado que no volví con mi padre por orgullo - yo había decidido venir -; también porque quería irme de casa, y esta opción era mejor aceptada por mi familia; además, no tenía madurada ninguna otra alternativa.

Conservo también otros muchos recuerdos de la EE relacionados con la disciplina y la dedicación. El régimen de internado era severo, como una cárcel, imaginaba yo; todos los aspectos de la vida cotidiana estaban rígidamente organizados y delimitados por normas que era casi imposible respetar: desde el comportamiento en la residencia, en las prácticas, en las clases, en los pasillos, en el comedor o por las calles del Hospital hasta el uniforme, la apariencia, los horarios, las relaciones o las salidas. Su incumplimiento era siempre sancionado por la Madre Superiora con el castigo correspondiente, ya que por doquier había monjas que tenían cien ojos y que solían actuar, en mi opinión, con malicia y crueldad. El trabajo en las prácticas era excesivo y continuo porque la inexistencia de enfermeras y de casi cualquier otro personal auxiliar hacía que el funcionamiento del Hospital recayera sobre las alumnas. De este modo era muy poco el tiempo libre y escasas las vacaciones que, con frecuencia, quedaban mermados por algún castigo. Por el contrario, apenas conservo recuerdos de las clases, del estudio y de situaciones gratificantes; éstas vinculadas, casi exclusivamente, a las relaciones con compañeras, con internos y con algunos pacientes y sus familias, así como con el viaje de fin de carrera a París.

Mi incorporación a la vida profesional en el Servicio de Reanimación del Hospital General de Asturias, puntero e innovador en ese momento, tampoco mejoró la impresión que tenía sobre la formación que había recibido, a pesar de que en él éramos muy bien recibidas las enfermeras procedentes de la CSV. Mis vivencias en ese Hospital me reafirmaron en que la dureza de la formación en la EE y la amplia experiencia práctica que habíamos adquirido nos dotaba de una gran capacidad de trabajo y de habilidades para afrontar cualquier situación, pero no de conocimientos teóricos que respaldaran nuestro quehacer profesional. Tanto es así, que tuve que conseguir un diccionario de términos médicos, para entender de qué hablaban los/as profesionales del hospital.

De este modo, la etapa de formación en la EE me produjo siempre sentimientos contradictorios: negativos, y de rechazo, por las durezas de las experiencias vividas y, positivos, porque me permitió descubrir una profesión con la que me he sentido identificada y de la que he disfrutado, y continuo disfrutando, en mi larga vida profesional.

Sin duda, mi retorno a la EE como profesora, en especial desde el momento en que pasé a dirigirla, ha contribuido a dulcificar los recuerdos y a suscitarme el interés por recuperar y conservar archivos, documentos, imágenes y experiencias que den cuenta de su historia y permitan desentrañar y comprender los ingredientes que han configurado su origen y evolución hasta el momento actual.

Sin embargo, el proceso de profundización en la historia de la EE no fue, en un principio, un acto voluntario, sino forzado. Cada vez que debía escribir sobre ella para la prensa, revistas o cualquier otro medio (Nespral, 1997; Nespral, 1998; Nespral, 2004; Nespral, 2005), percibía la dificultad de hacerlo con rigor, debido a que la única información contrastada y fiable eran las veinte páginas del libro sobre los orígenes de la CSV que había sido publicado unos años antes (Salmón Muñiz et al., 1990), pp. 235-54.

Esta situación me obligó a indagar en la documentación existente, tanto en la EE como en la Fundación Valdecilla. Así descubrí que se conservaba mucha información, sobre todo relativa al alumnado, gracias al esfuerzo e interés de Teresa Manrique, quien desde 1968 permanecía en la EE, ocupando diferentes puestos de trabajo hasta el actual de Administradora.

Conseguimos en estos años, con el apoyo económico de la Universidad, revisar y organizar la documentación existente, en especial los expedientes de todo el alumnado que había pasado por la EE. Así, existe en el archivo una carpeta de cada estudiante, con más o menos documentos dependiendo de la época, y diferentes grados de conservación, ya que tras un traslado, y estando aún estas carpetas en cajas, la EE sufrió una inundación. También está archivada y organizada otra mucha documentación, como las actas de los exámenes, las fichas, los libros de matrícula y las fotografías de todo el alumnado. De tal forma que, a medida que se iba acrecentando mi implicación en la EE, me involucraba más y más en la búsqueda y recopilación de información, con la idea de que, en un futuro no muy lejano, alguna joven profesora o profesor realizara su tesis sobre ella. A este interés, con toda certeza, se han ido sumando otras muchas circunstancias personales, profesionales y sociales, encontradas, buscadas y comprendidas, que me han enriquecido y favorecido mi desarrollo en todos los ámbitos.

Entre ellas quiero destacar dos seminarios sobre Pensamiento Crítico que realicé durante los cursos 2001 y 2002, a partir de los que surgieron otras actividades reflexivas y de creación con un grupo de personas que dieron lugar a la organización e impartición de un curso de verano de la Universidad de Cantabria y a la publicación de un libro (Barbero Lago, Calvo Salvador, & Nespral Gaztelumendi, 2005). En estos momentos he vuelto a releer párrafos y páginas del libro, así como a algunos de los autores sobre los que trabajamos, en especial a Humberto Maturana – con quien disfrutamos de la extraordinaria experiencia de compartir una comida y una extensa conversación –; porque, entonces y ahora, las lecturas, reflexiones, análisis y narración tienen que ver con la subjetividad, la realidad, la reflexividad y las conversaciones, para tratar de comprender “cómo ocurren las cosas, cómo se transforman, cómo se relacionan” (Barbero Lago et al., 2005), p. 19. Sin duda estas vivencias han tenido una gran influencia en mi disposición posterior a realizar la tesis.

La celebración del 75 aniversario de la EE, en 2004 y comienzos del 2005, promovió, también, la revisión y recopilación de documentos, libros y fotografías para la exposición que se organizó y la realización de las entrevistas a las tres alumnas de la primera promoción que aún vivían: Ascensión, Emilia y Pilar. Esta iniciativa fue propuesta por Fernando Salmón, catedrático de Historia de la Medicina y autor del libro en que se trata del origen de la EE.

Así mismo, intentamos conseguir, sin éxito por falta de acuerdo con su propietario, Jose Luis Arauna, la cesión a la Universidad de su archivo fotográfico que contiene, en imágenes, gran parte de la historia del hospital, ya que él y su padre fueron fotógrafos de la CSV desde sus primeros años de funcionamiento.

Hasta el año 2008 no comencé a pensar seriamente en hacer la tesis y, exclusivamente, en relación a la historia de la EE; nunca respecto a temas relacionados con la Salud Pública

y Comunitaria, a los que me dedico como docente, a pesar del interés investigador que me despiertan muchos. Supongo que en esta decisión concurrieron varias circunstancias. Por una parte, finalizaba mi tercer mandato como Directora y había decidido no volver a presentarme; además, no sólo iba a tener la posibilidad de realizarla en cuanto finalizara el Posgrado Oficial de Investigación en Cuidados, impartido por la Universidad Complutense, sino que, de algún modo, había adquirido ese compromiso con mi Universidad debido a su apoyo para que se impartiera en la EE y pudiera ser realizado por todo el profesorado.

Por otra parte, esta situación coincidió en el tiempo con la asistencia a dos cursos de Investigación Cualitativa que me entusiasmaron y motivaron, al darme pistas sobre el tipo de investigación que me gustaría llevar a cabo; de tal modo que, en el transcurso de ellos, ya le propuse a una de las profesoras que lo impartían – una de las directoras de esta tesis – que me la dirigiera si, finalmente, decidía realizarla.

La Memoria del Máster era ya una propuesta similar a lo que sería la tesis en la que comenzaría a pensar en el curso siguiente. Revisando lo planificado casi cuatro años atrás y comparándolo con lo hecho hasta ahora apenas existen diferencias sustanciales, a pesar de que en ese momento era poco consciente de la dimensión del proyecto y del modo de llevarlo a cabo. A lo largo de este tiempo, se ha redefinido alguno de los objetivos del estudio y precisado y ampliado las fuentes documentales. Así mismo se ha modificado alguna de las técnicas utilizadas para la obtención de información del alumnado que, en un principio, iba a consistir sólo en entrevistas individuales y, finalmente, sólo se han dejado las de las alumnas de la primera promoción, sustituyendo el resto por grupos triangulares.

A lo largo del proceso de investigación ha cambiado marcadamente mi percepción sobre la EE, no sólo por el mayor conocimiento de sus características y evolución sino también por la reflexión que, inevitablemente, lo ha acompañado. Se ha producido, sin duda, un distanciamiento respecto a mi propia experiencia como alumna que ya no está, como anteriormente, cargada de sentimientos. Por otra parte, me han sorprendido, y admirado, la visión de futuro que tuvieron sus organizadores y el esfuerzo que realizaron, en algún caso baldío y renunciando a alguno de sus principios, para conseguir ponerla en marcha y, también, su larga pervivencia, a pesar de las muchas dificultades por las que ha pasado a lo largo de su extensa historia. Finalmente, me ha permitido reconocer ciertos rasgos identitarios en la Enfermería formada en la EE que han pervivido durante largo tiempo así como su contribución a la profesionalización de la Enfermería española y al desarrollo profesional y personal de muchas mujeres, en una época en que esto sólo era posible para algunas privilegiadas.

8.2. ¿QUIENES HABLAN?: PERFILES, IDENTIDAD, CONTEXTO SOCIAL Y MOTIVACIÓN.

Porque en narrar y decir hay más que palabras; hay una voluntad de comunicación, de hacer común lo que pugna por decirse, lo que debe decirse aunque no se sepa cómo, aunque no se sepa del todo a quién (Marinas, 2011), p. 30.

8.2.1. En las entrevistas con las tres alumnas de la primera promoción.

Corría el mes de enero de 1930 cuando comienzan a incorporarse a la EE cincuenta mujeres dispuestas a formarse como enfermeras. Este número de alumnas previsto para la primera promoción no se conseguirá completar hasta el día 20 de mayo.

Estas alumnas tenían edades comprendidas entre los 17 y 39 años; más del 60% provenían del medio rural y sólo 16 eran de Santander (7 de la ciudad y 9 de la provincia). Otras 29

eran de otras provincias españolas, 2 extranjeras (México y Puerto Rico) y de 3 no se especifica su procedencia.

De ellas sólo 29 finalizarán sus estudios y obtendrán el título de enfermera de la EE, 27 en el mes de octubre de 1932 y 2 al año siguiente porque repitieron el primer curso. De las 21 restantes, 16 ya no estaban al finalizar el primer año (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1930) y 5 al finalizar el siguiente (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1931): 7 serán expulsadas por falta de seriedad, aptitudes o formalidad; 4 presentan problemas graves de salud, 2 abandonarán y se ignoran, o no se especifican, los motivos de las 8 restantes (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012b).

Esta muestra de lo que ocurrió con las alumnas de la primera promoción de la EE será una constante a lo largo de sus primeros treinta años de funcionamiento, tal y como se recoge en el capítulo histórico. Durante estos años continuarán siendo expulsadas las alumnas cuyas actitudes y comportamientos no se adapten a las normas sociales convenidas para las mujeres, a las que se sumarán otras mucho más estrictas de la EE y, a estos motivos, se añadirán, durante la guerra y postguerra, los motivos políticos. Irá disminuyendo, en cambio, el número de alumnas que abandonará la EE, voluntariamente u obligadas, por motivos de salud o debilidad física, a medida que mejora la situación socioeconómica española y, con ello, la salud de la población.

En estos años la vida de la mayoría de las mujeres estaba limitada al ámbito privado y solamente alguna de clase media recibía educación y comenzaba a incorporarse al mercado laboral en el sector servicios; las de las clases populares continuaban viviendo en condiciones de miseria. Sólo hacía veinte años que se había reconocido a la mujer el derecho a participar en todos los niveles de la educación aunque muy pocas cursaban estudios superiores. Todavía en 1930 eran analfabetas más de la mitad de las mujeres y, únicamente, el 9% desempeñaba trabajos asalariados; aunque estas cifras oficiales eran, seguramente, muy inferiores a las reales, ya que muchos trabajos no eran legales y tampoco se contabilizaba el que realizaban las mujeres del campo, numerosas en ese tiempo (Bautista Parejo, 1996; Flecha García, 1996; Yusta, 2006).

Estas breves pinceladas que nos aproximan a la situación de las mujeres en el momento en que se iniciaba la EE, nos ayudarán a comprender y valorar en su justa medida las experiencias, también el orgullo y la satisfacción que muestran, a través de sus relatos, las tres mujeres de su primera promoción cuyas entrevistas constituyen una importante fuente de información para la comprensión y el análisis de la historia de la EE.

Cuando comencé la tesis ya disponía de las entrevistas a Ascensión, Emilia y Pilar, las tres enfermeras de la primera promoción de la EE que continuaban con vida. Las habíamos realizado el 10 de noviembre de 2004, el 10 y el 18 de enero de 2005, respectivamente, por el interés que sus testimonios podían tener para quien decidiera investigar sobre la EE y, sobre todo, porque, dada su avanzada edad, era urgente hacerlo.



Celebración del 75 aniversario de la Escuela e imposición de la Medalla de Oro a Pilar, Emilia y Ascensión (20 de enero de 2005)

Para orientar las entrevistas se realizó un guión de temas generales centrado en el momento de su llegada a la EE y en su organización y funcionamiento, así como la de la CSV durante la etapa de formación. Sin embargo, a partir de la primera entrevista, quedó patente que aunque conservaban recuerdos muy vivos y de gran riqueza sobre estos aspectos era difícil desvincularlos no sólo del contexto social de cada momento sino de la trayectoria profesional y personal. Por este motivo, tras revisar las entrevistas efectuadas, reelaboré el guión de temas que me interesaba ampliar, para intentar repetirla, pero sólo lo conseguí con una de ellas, la más joven y comunicativa. La siguiente en edad tuvo después varios problemas de salud que motivaron su ingreso durante un tiempo en un hospital y, la mayor, comenzará a desorientarse al poco tiempo y la llevarán a una Residencia Geriátrica, en la que permanecerá hasta su fallecimiento que se produjo el 11 de marzo de 2011, a la edad de 107 años.

Esta fue la entrevista que más nos costó conseguir. Su hija, siempre extremadamente amable y educada, tardó en encontrar el momento adecuado para ello. La entrevista duró 60 minutos y tampoco conseguí repetirla aunque continué manteniendo contacto telefónico con su familia y visité a Pilar varias veces durante un tiempo que estuvo ingresada en el hospital y, en los momentos en que se encontraba bien, hablaba de su estancia en la EE. Se publica en la prensa local una breve noticia sobre ella en el momento en que cumple cien años (J.C.F., 2007).

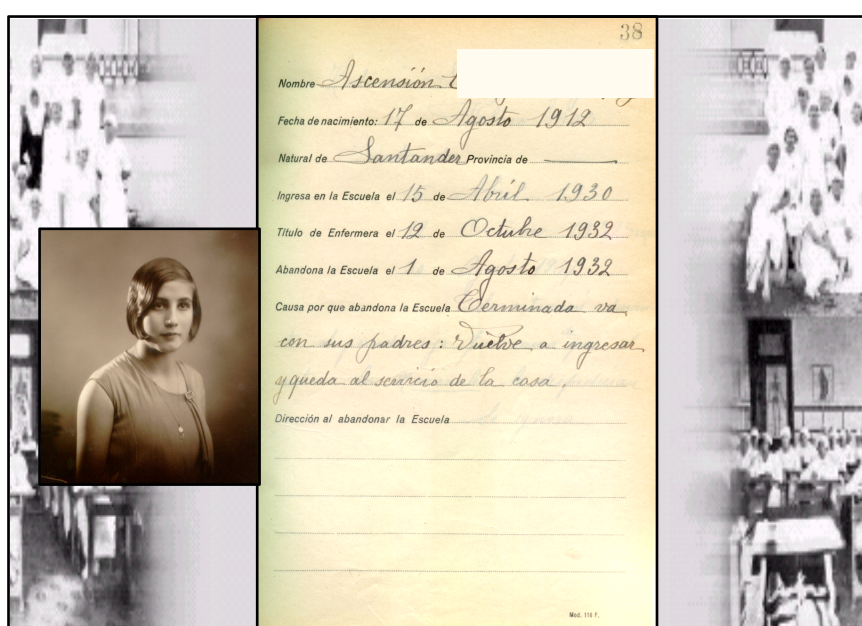
Las cuatro entrevistas se realizaron en sus casas; para las tres primeras, que fueron grabadas con vídeo, conté con la colaboración de otras dos profesoras de la EE. La cuarta fue realizada sólo por mí con una grabadora de audio digital.

Tuve conocimiento de la existencia de estas tres enfermeras a través del Colegio de Enfermería, quienes me facilitaron, también, el contacto con ellas o con sus familias. Yo conocía a Emilia y a Ascensión desde que era alumna de la EE y con ésta solía coincidir en las actividades que organizaba el Colegio, a las que acudió hasta hace pocos años.

Sin duda, muchos de sus recuerdos no corresponden sólo al período de tiempo en que fueron alumnas de la EE sino también a otros momentos de su larga vinculación profesional y personal con la CSV, pues, tanto Emilia como Ascensión, desarrollaron en ella toda su actividad profesional y residieron en su Residencia hasta el momento de su jubilación. La Residencia, en la que vivieron tanto las alumnas como las enfermeras, estuvo ubicada en los pabellones 15 y 16 hasta que se construyó el actual edificio de la EE, al inicio de la década de los setenta.

Tampoco puede perderse de vista que la narración de la experiencia no es un reflejo literal de lo ocurrido, sino una interpretación subjetiva de las emociones, vivencias y prácticas del pasado que, incluso, se reconstruye durante el propio proceso de contarlo. Porque, en una entrevista, se utilizan, entrelazadas de forma compleja, narraciones del pasado y del presente para construir, en cierto modo, la identidad aquí y ahora. Sin embargo, nada de esto invalida las historias y los recuerdos para entender las experiencias vividas por las personas.

Ascensión, "La Peque", fue la primera entrevistada y la única a la que pude volver a entrevistar en el mes de marzo de 2008. Nació en Santander en agosto de 1912 y llegó a la EE el 15 de abril de 1930; su expediente es el número 38 y obtuvo el título de Enfermera el 12 de octubre de 1932. Como puede observarse en su ficha, abandona la EE el 1 de agosto, aunque se dice en ella que vuelve a ingresar en la "Casa" donde va a continuar trabajando y viviendo hasta que se jubile a los 70 años, en 1983.



Ficha de ingreso y fotografías de la primera promoción
Composición para la celebración del 75 aniversario de la Escuela

Cuando le realizamos ambas entrevistas vivía sola y era autónoma. Solamente recibía ayuda de sus sobrinas para la compra y la limpieza ocasional de la casa; salía con su familia en muchas ocasiones e, incluso, poco tiempo antes de la primera entrevista, había participado en la EE en una mesa redonda sobre la Enfermería, en la que se enfadó, hasta el punto de que me pidió que no la volviéramos a invitar, porque las otras enfermeras que intervinieron apenas la dejaron hablar de la época que sólo ella conocía. Seis meses antes de que cumpla 100 años, mientras estoy redactando este apartado, continuaba viviendo sola y mantengo con ella una conversación telefónica de diez minutos y, nueve meses después, la entrevistan para un periódico local. Es una mujer vital, de fuerte carácter, gran conversadora, con muchas cosas que contar y muy interesada en que las escuchemos.

Las dos entrevistas tuvieron una duración total de 133 minutos. En la segunda, amplió la información que había aportado en la primera, no sólo porque yo había incrementado la lista de los temas sobre los que me interesaba que hablara sino, también, porque estaba más relajada, se sentía valorada por el homenaje de la EE y era mayor su confianza conmigo.

Recuerda Ascensión que su madre se enteró por el periódico de que iban a abrir una Escuela de Enfermeras y que ella se puso muy contenta cuando le preguntó si quería entrar:

- *porque están pidiendo alumnas, y yo, bueno, saltaba de alegría, fíjate cómo sería que me he estado toda la vida, hasta los 70 allí metida.*

Sus relatos muestran no sólo su motivación para hacerse enfermera sino otros muchos aspectos del contexto social y económico de la época, como la baja consideración de la Enfermería que tenía la sociedad, específicamente la de Santander; las diferencias sociales y las identidades determinadas por la clase social de procedencia, e, incluso, la moralidad dominante que limitaba la vida de las mujeres. Elementos que, sin duda, influyeron en la dificultad de conseguir alumnas para la EE:

- *tenían falta de enfermeras porque se creían que las enfermeras, las, las chicas de Santander que vivían bien, vamos a decir las, las de clase media, pues esas chicas ninguna se ofrecía, ninguna quería porque creían que era poco pa ellas, que una enfermera pues casi era como una empleada, ¿no?, como una criada*

¿LE PARECÍA BIEN A TU MADRE QUE FUERAS ENFERMERA?

- *¡Ah!, sí, sí, así como a mis tíos no les pareció bien porque le decían a mi padre: ¿pues cómo has dejado ir a esa niña a hacerse eso, si tiene que ver a hombres? Y decía mi padre: es que a ella la gusta, a ella la gusta y yo qué sé, es una cosa que ¿cómo se la voy a quitar? Pero mi tío el mayor se enfadó con mi padre.*
- *En Santander pues las chicas jóvenes de buena familia se veían ya todas como con unas ilusiones, se iban a casar todas con médicos, porque venían tantos, porque no sé qué, porque no sé cuanto. Entonces, cuando nos conocieron, porque se pensaron que nosotras éramos unas empleadas, hijas de pobres o, pobres no, porque nosotras no hemos sido pobres, porque mi abuelo empezó la carretera a Torrelavega, hizo el puentuco de Puente Arce, o sea que vino a trabajar aquí pero con categoría y entonces, pero ellas dijeron pues, pues serán éstas nada, son esas pobres infelices de los obreros y nosotras ¡uh!, ¡uh! ¡Pero amiga!, lo mismo te venía de.... Y nos venían hijas de médicos y nos venían gente de mucha categoría, también, y muy monas y muy bien arregladas y que podían alternar, y entonces y entonces (RISAS), entonces se las vio tanta rabia, lo tenéis que saber, las dio tanta rabia que empezaron a decir que nos liábamos con los médicos*
- *Venían chicas de familias bien ¡eh, no os creáis! y con más estudios. Y aquella venía con, cuando vino a eso, con la maleta, con una sombrerera que se llamaban, que se metían los sombreros, venían con sombreros y todo*

Refiere Ascensión que fue intención del Marqués que las alumnas procedieran de esta región, ya que intentaba favorecerla a través de la educación de las mujeres, al igual que había hecho con los niños, creando escuelas en muchos pueblos:

- *No, y dijo: en caso que falte alguna para que se tenga el cupo, pueden venir de fuera, pero yo quiero que sean todas de aquí pa que aprendan, pa que tengan una carrera que no se la pueden dar los padres, ¿qué te parece?*

Confirma que no le exigieron ningún estudio previo para ser admitida en la EE, sólo que supiera leer, escribir y contar, tener buen aspecto, buenos modales y buena conducta, acreditada por un sacerdote que diera fe de las adecuadas condiciones morales de la interesada y de su familia:

- *No, no, no entonces no, es que no había, es que no había, mira, en aquellos tiempos las ricas hacían piano y había poquísimas con carrera, las muy, las muy ricas, que eran esas que tenían carrera de eso también.*
- *La recomendación y de un sacerdote y luego eso ya, como estos también tenían dos sacerdotes que eran de la Catedral, pues ya llevaba yo la recomendación de estos también.*

Este año estuvieron a punto de no admitirla en la EE debido a su corta edad, tenía diez y siete años, y a su aspecto infantil. Recuerda lo que hablaron con su madre cuando se presentó y cita varias veces a quien las recibió que fue, seguramente, M^a Teresa Junquera, ya que a ella remitían los anuncios que se publicaron en la prensa regional y nacional pidiendo alumnas:

- *A esa te tenías que presentar y como yo mandé una fotografías, que ya la veis ahí, que están allí en el archivo, de así, pues me vieron que parecía más mayor de los años que tenía, ¿no? Y decían, bueno, pues esta puede entrar porque aunque no tenga en fin, eso, pues puede entrar. Pero cuando me vio en persona dice: ¡hay si es una niña! (RISAS), le dice a mi madre, yo callada, y dice, decía mi madre: pero la gusta a ella tanto entrar aunque sea una niña. ¿Sabe lo que vamos a hacer?, mire, no la vamos a quitar la ilusión pero vamos, delante de mí ¡eh! y yo callada, ya estaba yo negra, un año más y a mí me parecía un mundo.*
- *Y me eché a llorar y me eché a llorar, y dice ella, ¡ayayay!, dice ella, cómo quiere ella, así que la gusta, dice: ahí, mira, no llores, me dice, no llores y ella buscando cosas para ver le dice a mi madre: dice, mire, la vamos a meter, pero ya verá como en seguida, en cuanto tenga que hacer una guardia o cualquier cosa se marcha ella misma, porque a lo mejor es que quiere, ¡fíjate que cosas dice!, dice, a lo mejor es que quiere ella presumir del uniforme o de ¡fíjate!, yo decía pa mis adentros, ¿del uniforme?, de los enfermos que a mí me importa (RISAS), pensaba yo ¡eh! Y entonces me dejaron y cuando me dieron el día libre no fui a mi casa, tenía libre y no fui a casa y quedé en Valdecilla.... Por si acaso me habían, me decían, como le habían dicho a mi madre que no volviera (RISAS)*

Evoca Ascensión aspectos del barrio en que vivía, de su infancia y familia y sobre el trabajo de su padre en la tienda de una conocida familia de Santander:

- *me acuerdo que salíamos a, a la calle a jugar porque yo, nosotros, vivíamos en el Prado San Roque que era un, como un parque, tenía allí unos árboles como los de la Alameda, grandones y eso y bajábamos allí, ¿no?*
- *Pues nosotros veíamos a los otros descalzos y ¡nos daba una envidia!*
- *Mi madre, la pobre, con todas las que éramos, que éramos 7, 7 chicas, fíjate tú, no tenía tiempo de nada*
- *Y esos tenían aquí una tienda de comestibles que estaba en el Club de Regatas, que se llamaba La Concha, y esa tienda es donde estaba mi padre ¿entiendes? Y la, la, una de las hijas de éste pues había hecho, era secretaria, y fue la, era la Secretaria de la Marquesa, de la, de la sobrina del Marqués.*

Explica que desde niña tenía vocación y actitudes para ser enfermera:

- *y yo quería ser practicante o enfermera. Entonces enfermera se oía poco porque no había más que las de Cruz Roja y esas las llamaban enfermeras pero bueno ya sabes esas... enfermeras eran, pero ... pero las de la Escuela eran mejor.*
- *Y entonces pues yo, desde niña, pues me daba por hacer cosas de, de eso, y entonces a lo mejor pues nos daba por quitarnos las alpargatas y nos pinchábamos a lo mejor un poco y se nos formaba allí como una agüilla, pues yo, sin decirme nadie nada, yo cogía un alfiler, le quemaba y les pinchaba y luego se lo recortaba con una tijera y no lo había visto nunca, yo tenía vocación de eso ¿no?*

Relata Ascensión que el último año “dejaron” para septiembre, la suspendieron. Sin embargo no se recoge nada sobre este aspecto en su ficha, ya que figura que finalizó su formación en el mes de octubre de 1932, igual que el resto de las alumnas de su promoción, salvo dos que lo hicieron al año siguiente:

- *¡Ah!, pues ya verás, pues (CARCAJADAS) pues, bien, yo acabé y me dice. Primero nos habían examinao y yo pues quedaban dos para septiembre, era en agosto, y hubo dos que se quedaban pa septiembre, porque estaban bien pero querían que estudiaran un poco más y entonces yo oyéndolo con la compañera... y entonces dice la Madre, pues ¿sabe a quien me va a dejar pa septiembre?, a la Peque, porque dónde va a ir la Peque, tan chiquilla, cuando termine, pues la Peque tiene que, se puede quedar pa septiembre. Y le dijo Usandizaga: si está aprobada no porque la hacemos una faena. Pero me dejó.*
- *Pues me dejaron, me dejaron ¿sabes? Y yo eso nunca lo he contaó, no sabe nadie nada de estas cosas.*
- *Entonces, yo, terminamos ¿no?, bueno, pues volví otra vez a hacer los exámenes*

Como se describió en el capítulo anterior, al finalizar el año 1932 varias alumnas de esta primera promoción figuran entre las 16 enfermeras que trabajan en la CSV (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1932). Sin embargo, Ascensión no está entre ellas; tampoco se sabe con exactitud la fecha en que regresa a la “Casa”, aunque debió ser a lo largo de 1934, ya que no está incluida en la relación de enfermeras que aparece en el Acta de la Fundación Valdecilla, de marzo de 1934 (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1934-1951), pero sí consta, en los Anales de la CSV, entre las que han prestado servicio durante este año (*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. 1934). Recuerda que Usandizaga le ofreció un trabajo en una ciudad cercana, pero que no le dejaron aceptarlo porque no tenía familia allí; tampoco le pareció adecuado, a su familia y a la Superiora, que fuera a trabajar a otro hospital que había en la región, con lo que se quedó sin trabajar hasta que se fue una compañera a la que la Superiora había autorizado a quedarse hasta que se casara.

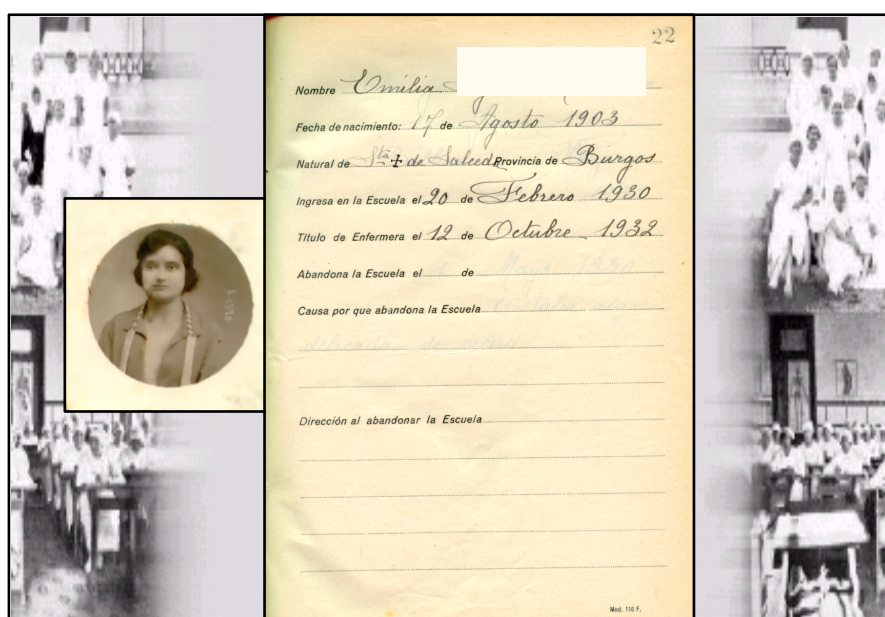
- *y me dijo a mí Usandizaga: ¿señorita, Vd. tiene familia en Torrelavega?, ¡ah!, no ¿qué va a hacer Vd.? ¿Cuándo termine? Pues no sé, todavía no sé. Yo estaba esperando a ver qué decía la Madre y entonces pues dice él: es que yo tengo una plaza en Torrelavega, de un ambulatorio de allí, ¿tiene Vd. familia en Torrelavega?, digo no; entonces Vd. allí no puede ir (RISAS)*
- *Y entonces, pues después me dejaron en la Casa, porque ella me preguntó antes de dejarnos. Dice, tú ¿qué vas a hacer? Digo, pues no lo sé, me tendré que colocar, pues*

ahí muchas fueron a Pedrosa, se colocaron en Pedrosa. Y digo yo, pues no sé porque mi madre fuera no quería tampoco, mis padres fuera no querían que me marchara y pues no sé, igual voy a Pedrosa o a algún sitio por aquí. Y dijo ella ¿a Pedrosa? ¡Cómo vas a ir tú con todas aquellas que saben más que tú!, saben más, quería decir, de la vida, qué vas a ir tu a Pedrosa, te quedas aquí, me dejaron después allí.

- *terminamos y fue una que se iba a casar que era cubana, y se iba a casar y le había pedido a la Madre que si la podía dejar para hacer el equipo un año, o menos, para hacer el equipo, y dice la Madre: pero es que ¿cómo te voy a dejar y no sé qué? Y entonces se acordó de mí y le dice: pues sí, mira, la Peque va a coger vacaciones y la digo que se quede hasta que tú vengas, te vayas, pa que se quede ella en casa.*

Emilia fue entrevistada en enero de 2005. Vivía con su hermana Ángela, que también había sido enfermera, en casa de una de las hijas de ésta y su familia. Era la mayor de las tres entrevistadas, había nacido en un pueblo de la provincia de Burgos en 1903 y llegó a la EE el 20 de febrero de 1930; su expediente es el número 22 y obtuvo el título de Enfermera en la misma fecha que las otras dos, octubre de 1932. En su ficha no figura la fecha de salida, ya que se queda como Enfermera de la CSV hasta su jubilación que debió producirse en 1976, porque ella refiere que trabajó durante 46 años, suponemos que contando sus tres años de formación. A los pocos meses de la entrevista y del homenaje, la llevarán a una Residencia Geriátrica, en la que permanecerá hasta su fallecimiento que se produce el 11 de marzo de 2011, a la edad de 107 años.

La entrevista con ambas, ya que su hermana estuvo presente e interrumpía continuamente la conversación, fue breve, duró 40 minutos, y se distribuye casi por igual entre las dos hermanas. Emilia era poco comunicativa y necesitaba tiempo para sus respuestas y, su hermana, que estaba verborágica, no se lo daba. La familia nos entregó más tarde, escaneadas, las fotos que conservaba Emilia, algunas de las cuales se reproducen, con autorización de su familia, en el capítulo anterior. Cuando vuelvo a intentar realizarle otra entrevista está ya en el Geriátrico y sus momentos lúcidos son escasos.



22

Nombre *Emilia*

Fecha de nacimiento: *14 de Agosto 1903*

Natural de *Val de Salceda* Provincia de *Burgos*

Ingresó en la Escuela el *20 de Febrero 1930*

Título de Enfermera el *12 de Octubre 1932*

Abandona la Escuela el ____ de ____

Causa por que abandona la Escuela

Dirección al abandonar la Escuela

Mód. 110 F.

Ficha de ingreso y fotografías de la primera promoción
Composición para la celebración del 75 aniversario de la Escuela

Recuerda Emilia que le gustaba ser enfermera y que, también, se lo recomendó el sacerdote de su pueblo. Que se enteraron de la convocatoria de plazas de la EE por el anuncio que se publicó en el periódico el Debate:

- *y el sacerdote que iba a mi pueblo dijo y ¿por qué no solicitas enfermera de esa?, tenía una tía también en la Cruz Roja de Madrid. ¿Por qué no te haces eso? Y entonces pues lo solicité, me admitieron.*

Su hermana Ángela afirma, también, que fue el sacerdote el que se lo dijo a su padre y debió ser él el que le hizo la carta de recomendación:

- *Pues sí, del sacerdote me parece de ¿... ..? del pueblo*
- *Además teníamos el tío que tenía farmacia, que era el farmacéutico, entonces ella ya sabía despachar también y cuando fue a Valdecilla pues lo dijo también.*

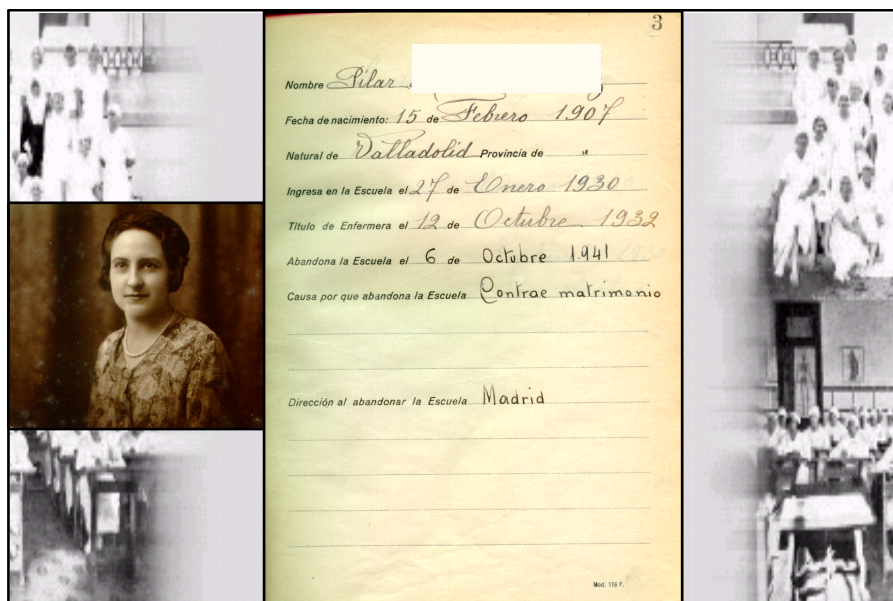
Ambas afirman que a Ángela, que también le gustaba ser enfermera, la animó Emilia a ir a la EE y que los requisitos de entrada ya habían cambiado cuando ella llegó. Sus afirmaciones parecen correctas, ya que fue el año de su ingreso, 1941, cuando una nueva regulación del título de Enfermera definía no sólo el programa oficial de estudios, muy inferior en contenidos al que se impartía en la EE, sino también los requisitos de tres años previos de Bachiller y un examen de ingreso. Este examen, que se denominó Preliminar y se conserva en los expedientes de las alumnas, había comenzado a realizarse en la EE en 1939. Es probable que este mismo año comenzara, también, a exigirse el Bachiller ya que, como consta en su expediente, Ángela tenía cuatro años de Bachiller.

- *Como mínimo había que llevar el bachiller, cuando yo ¡eh! sí y luego allí te hacían una, una preli, una preli (UNA PRUEBA PRELIMINAR)*

Emilia recuerda el día que llegó a la EE y a Teresa Junquera y, así mismo, que las Hermanas de la Caridad llegaron más tarde:

- *El 19 de febrero, me parece, el 19 de febrero y ya me parece que yo ya no me acuerdo si me quedé en la Escuela ya directamente o me llamaron después.*
- *Sé que estaba esa Señorita, Junquera, que era asturiana.... Era la, la Presidenta de entonces de, de la, de aquí, de la Casa, era una que se llamaba Teresa Junquera, que era de Asturias, la Directora.*

Pilar fue entrevistada también en el mes de enero de 2005. Vivía con una de sus hijas, aunque en el momento de la entrevista estaba presente también su otra hija que vivía en Madrid. Había nacido en Valladolid en 1907, aunque desde los 9 años vivía en la provincia de Santander.



Ficha de ingreso y fotografías de la primera promoción
Composición para la celebración del 75 aniversario de la Escuela

Pilar llegó a la EE el 27 de enero de 1930, figurando con el expediente número 3. Obtuvo el título de enfermera, al igual que el resto, en el mes de octubre de 1932, y abandona la EE el 6 de octubre de 1941, para contraer matrimonio. No volvería a trabajar como enfermera, aunque será la Presidenta de la Asociación de Antiguas Alumnas Enfermeras de la CSV, durante el tiempo en que estuvo activa. Fallece en el mes de agosto de 2012.

Relata que siendo alumna tuvo el honor de cuidar al Marqués en sus últimos dos meses de vida, entre febrero y el 26 de marzo de 1932.

- *le pidieron a la Madre Superiora que mandase una enfermera porque el Marqués estaba ya muy malito y la enfermera que tenía pues la pobre estaba agotada, día y noche, día y noche. Y para que ella descansase pues pidieron una enfermera y la Marquesa dijo que quería que fuera de las alumnas, porque todavía no teníamos el título,*

Su hija afirmaba en la entrevista que fue la número uno de su promoción. Este aspecto se confirma en los registros de la EE, ya que en el documento en el que figuran las notas globales de los tres años de esta promoción, las alumnas están ordenadas por notas y ella es la primera con la mejor nota (9). También consta con un sobresaliente en el Acta del Examen de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, aunque hay otras cinco alumnas que también lo obtienen (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012a).

Esta fue la entrevista que más nos costó conseguir. Su hija, siempre extremadamente amable y educada, tardó en encontrar el momento adecuado para ello. La entrevista duró 60 minutos y tampoco conseguí repetirla aunque continué manteniendo contacto telefónico con su familia y visité a Pilar varias veces durante un tiempo que estuvo ingresada en el hospital y, en los momentos en que se encontraba bien, hablaba de su estancia en la EE.

Pilar tenía una gran dificultad motora derivada de una caída, y de la cirugía posterior, que le causaba bastantes molestias; su estado mental, sin embargo, era excelente, era comunicativa, lúcida y conservaba muchos recuerdos de la EE.

Al igual que relataban Ascensión y Emilia, también se enteró por la prensa de la convocatoria de plazas de alumnas para la EE. Respecto a su motivación para ser enfermera afirma:

- *No, es que, pues me apeteció, lo leí en el periódico y me tiró el hacerlo.*

También confirma que para ser admitida apenas hubo exigencias, ni académicas ni de conocimientos:

- *Yo me presenté y me parece que sí, que llevaba allí una cosa de estudios porque yo no había hecho el bachiller ni nada de eso, había estado en un colegio en Santoña, en un colegio de monjas, interna, unos años, y no sé, me preguntarían y me harían hablar o lo que sea y me bastó con eso, digo yo, porque después ya se empezó a exigir ya la cosas de bachiller y eso, pero después ¿eh? Al principio no.*

Es probable que a ella no le pidieran recomendación porque vivía con un sacerdote, como nos relata en la entrevista:

- *Mire, yo no, no tenía, desgraciadamente no tenía familia, para decir. Yo me había quedado sin padre y sin madre los 9 años. ... y cuando se murió mi padre, que mi madre ya se había muerto, era más joven, ... pues se hizo cargo de nosotros un tío sacerdote y nos trajo aquí, a la Montaña. Él, él estaba de Coadjutor en la parroquia de Riotuerto, que es la Cavada... Y allí estaba yo con él.*

8.2.2. En los tres grupos triangulares con alumnas/o de tres promociones.

Para los grupos triangulares se siguió el guión de temas que había sido reelaborado tras las primeras entrevistas, salvo dos de ellos que no se adecuaban al momento en que se habían formado y se añadió un nuevo tema sobre su percepción de la situación actual de la profesión.

A través de los relatos de los dos grupos que se formaron como ATS puede observarse cómo va mejorando en estos años la formación básica de las mujeres que acceden a la EE, que comienza a ser, al principio en algún caso y después de forma generalizada, superior a la exigida legalmente. Aunque la titulación necesaria para el acceso era el Bachiller Elemental, una de las alumnas del GT1 ya había cursado el Superior y sólo una de las participantes del GT2 disponía de esta titulación, ya que las otras dos habían realizado también el Curso de Orientación Universitaria (COU). En el GT3 esta formación ya era obligatoria, si se accedía por este cupo, aunque una de las participantes había realizado, así mismo, un Módulo de Formación Profesional, para mejorar su nota y poder conseguir una plaza que no había logrado por el anterior.

Dos de las alumnas del GT1 y las del GT2 recuerdan también que quienes disponían de Bachiller Superior no cursaban algunas asignaturas de formación complementaria, ya que esta convalidación se reguló en 1964:

- *pero las que habíamos entrado con COU no teníamos Hogar, no teníamos que hacer Labores, ni Religión, ni Política*

Como relatamos en el capítulo sobre la historia de la EE, durante casi todo el período en que se imparte la titulación de ATS se mantienen, así mismo, la mayoría de los requisitos de acceso anteriores, algunos de los cuales existían desde su inicio: poseer condiciones físicas y de salud, ser presentada por dos personas moralmente solventes y argumentar las motivaciones que se tienen para ser enfermera. Tras la admisión había, además, que superar una entrevista, el examen de ingreso, el reconocimiento médico y un período de prueba de tres meses, en el que debía demostrarse que se poseían condiciones físicas, morales e intelectuales y vocación para el ejercicio de la profesión (ORDEN de 4 de julio de 1955 por la que se dictan normas para la nueva organización de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios). Incluso continuará

realizándose en los primeros años el examen preliminar, como recuerdan todas las participantes del GT1.

Respecto a la motivación para realizar los estudios está bastante definida en el GT1 y mucho menos en los otros dos grupos. En los dos primeros, la elección de Enfermería estuvo muy condicionada por el género que orientaba a las mujeres hacia estudios adecuados a su "condición femenina" y, entre ellos, había pocas alternativas de elección. A estas escasas alternativas generales se sumaban otras específicas relacionadas con la influencia familiar, el lugar de procedencia, los recursos económicos y, nuevamente, ser mujer que impedía o dificultaba su desplazamiento a otras regiones en las que existían más posibilidades de elección. Para el alumnado del GT3 el interés guarda relación con las materias y contenidos de la titulación:

GT1

- *Siempre, desde pequeña dije que iba a ser enfermera y no sé por qué.*
- *siempre tuve la cosa de ser enfermera. De hecho, bueno, pues también podía influir que mi hermana era enfermera también, ¿no?*
- *Yo estaba estudiando Magisterio porque antes ya sabes que no elegías carrera, te decían tus padres esto, y esto. En 2º me fui un verano a vivir con mi hermana a un pueblo donde su marido era médico y a mí me encantaba ver la consulta, ir con él, ver un parto... Empezó a picarme el gusanillo, y yo dije: "A mí lo de enfermera me va".*

GT2

- *Estudié Enfermería porque tengo una amiga que toda la vida..., toda la vida había querido ser enfermera y yo me acoplé a ella, porque la opción en mi casa era: podía estudiar lo que quisiera pero en Santander; y entonces sólo la opción en mi época era bueno, pues Magisterio, Enfermería..., y no sé si había alguna cosa más.*
- *Las dos opciones que más esto, en el medio al menos, eran o maestra o enfermera.*
- *Nunca se me ocurrió ser enfermera, pero tampoco tenía muchas opciones para poder estudiar y decidí ser enfermera*
- *yo empecé Enfermería porque..., bueno, creo que me gustaba. Me gustaba siempre enredar en las cosas de la biología, y tampoco tuve muchas opciones. porque estudiar fuera de casa significaba, bueno, pues un presupuesto económico que en mi familia no existía, y como Enfermería se hacía interno era asequible; y además tenía beca para estudiar.*

GT3

- *H- yo quería estudiar Medicina al principio, lo confieso, pero bueno, metí la pata en Selectividad*
- *H- Después también descubrí una profesión que yo tenía minusvalorada o que desconocía desde el primer momento y me enganchó la profesión,*
- *tampoco es una profesión de vocación en mi caso. Yo eso, tampoco aprobé la Selectividad como para poder entrar, Y el caso es que hice el Módulo y cogí un Módulo que era de Anatomía Patológica y fue ahí cuando empecé a ver que a mí lo que real-*

mente me tiraba era la Ciencia de la Salud, la Anatomía, la Biología..., y a partir de ahí vamos, lo tenía claro que quería ser enfermera.

- *Yo elegí Enfermería porque después de hacer Magisterio en Educación Física la alternativa era ponerme a hacer oposiciones, y Enfermería siempre era algo que me había gustado y era la oportunidad en aquel momento.*

Se observa también que la presentación por personas de reconocida solvencia va perdiendo importancia para el acceso a la EE y tiene un significado diferente para estas alumnas, convirtiéndose en sinónimo de recomendación para conseguir una plaza. Este requisito, que constituyó una exigencia desde el comienzo, desaparecerá en 1977, cuando la formación se integre en la Universidad. A él hacen referencia en el GT1, que explican por la gran demanda de plazas que había para formarse en la EE y, seguramente, comienza a obviarse cuando se equilibra con la oferta, debido al incremento del número de plazas en los últimos años del plan de estudios de ATS:

GT1

- *Todas yo creo que lo trajimos, yo en mi caso sí.*
- *y junto a ello pues siempre había que traer un tarjetón.*
- *Creo que la recomendación y esto era debido a que había bastante demanda*
- *Y entonces había que seleccionar de alguna forma.*

GT2

- *que todo el mundo tenía enchufe para entrar y yo no tenía enchufe y no creí que iba a entrar, y me avisaron y fue una sorpresa.*
- *yo cuando entré, sí que todavía se hablaba de las recomendaciones y tal. Yo la verdad es que eso no lo he..., vamos, a mí no me pasó, que yo entré..., presenté la solicitud, entré y sin más*
- *Yo he presentado una del maestro de mi pueblo y otra del cura, que eran las fuerzas vivas.*

8.3. ¿DE QUÉ HABLAN?

no nos limitamos sólo a informar lo que hallamos sino que creamos un relato de la vida social, y, al hacerlo, construimos versiones de los mundos y de los actores sociales que observamos (Coffey & Atkinson, 2005), p. 145.

La evolución que ha sufrido la formación enfermera en la EE a lo largo de sus ochenta años de existencia ha sido fruto no sólo de las regulaciones educativas y profesionales que se han ido sucediendo en nuestro país, al objeto de responder a las necesidades de atención a la salud originadas por las transformaciones, tanto demográficas y epidemiológicas como socioeconómicas y culturales - entre las que ocupa un lugar importante el cambio de situación y posición de las mujeres -, sino también de los acontecimientos ocurridos en su entorno más próximo: la propia EE, la CSV y el Hospital Marqués de Valdecilla, la Universidad y la sociedad en la que se insertó.

A través de las narraciones de las alumnas de distintas promociones de la EE podemos conocer algunos aspectos del contexto en el que vivieron, es decir, de sus circunstancias profesionales, sociales, políticas, económicas y culturales; puesto que dicho contexto impregna de valores la sociedad en la que cada persona, desde su perspectiva particular, se posiciona, activa o pasivamente, de una determinada manera. De este modo, el testimonio que proporcionan sobre sus experiencias completará la historia oficial, iluminando rincones a los que no son capaces de llegar los textos y documentos históricos, administrativos y legales (German Bes, Chamizo, Hueso Navarro, & Subirón, 2011).

Por estas razones, y con el fin de profundizar en los elementos claves que han ido configurando la formación en la EE y su evolución a lo largo de su historia, hemos analizado, tanto en las entrevistas individuales como en los grupos triangulares, además de las motivaciones de las alumnas para hacerse enfermeras y los requisitos de acceso a la EE, otros muchos aspectos relacionados con las normas de funcionamiento, organización y disciplina de la EE; las características de la formación recibida, tanto teórica como práctica, las relaciones con sus compañeras, monjas y médicos, su percepción sobre el presente y futuro de la profesión, la trayectoria profesional y las connotaciones de género presentes en los discursos.

El período de formación en la EE es recordado por la mayoría de las alumnas entrevistadas como una experiencia intensa y dura pero positiva, aunque los dos primeros grupos triangulares son más críticos respecto a la disciplina y normas de funcionamiento que las alumnas de la primera promoción, que describen con satisfacción la experiencia de hacerse enfermeras, y los del tercer grupo triangular, cuya formación fue totalmente diferente y está muy cercana en el tiempo:

GT3

- *H- Mis recuerdos son agradables, y lo recuerdo pues como tres años muy felices.*
- *Efectivamente me encantó cómo daban las clases, me encantaban las prácticas y los compañeros.*

8.3.1. Las normas, la organización y la disciplina.

Como hemos apuntado, Manuel Usandizaga y Teresa Junquera organizaron la EE siguiendo el modelo Nightingale de Enfermería: formando parte de un hospital en el que se adquiriera experiencia profesional y en un internado de larga duración, para inculcarles la disciplina y la educación moral que requería la profesión (Junquera, 1929).

Estas condiciones se cumplieron en la EE desde su inicio y se mantuvieron durante muchos años. Nada más llegar a ella, las alumnas se instalaban en la habitación asignada, generalmente doble o triple, en el pabellón 15, y, con posterioridad, también en el 16; recogían sus uniformes en el lavadero de la CSV y se incorporaban a las prácticas - a la que todas ellas se refieren como "el trabajo" - en el pabellón al que las habían destinado:

- *A30 Bueno, pues ahí y después al día siguiente pues ya empezamos a trabajar*
- *P30 A las 6 de la mañana nos llamaban, tocaban la campana, iban tocando la campana por el pasillo y diciendo: "viva Jesús" "viva Jesús"*

La descripción que realizan las alumnas del GT1 sobre su incorporación a la EE es similar a las anteriores, a pesar de que éstas ya no se forman como enfermeras sino como Ayudan-

tes Técnicos Sanitarios (ATS). También se incorporaban al trabajo nada más llegar a la EE y recuerdan que la formación duraba tres años completos, menos un mes que disfrutaban de vacaciones; ya que, aunque las clases sólo las tenían durante el período escolar, las prácticas se realizaban durante todo el año.

Se refieren, también al período de prueba que pasaban durante los tres primeros meses y que alguna compañera no consiguió superar porque debían demostrar que poseían vocación de enfermera y unas condiciones físicas, morales e intelectuales adecuadas para el ejercicio de la profesión, aunque continuaban estando a prueba durante toda la formación:

- *Que empezamos a trabajar según llegamos; nulas, nulas, nulas..., pero empezábamos a trabajar enfrentándonos con todos los problemas, con nuestros miedos, y bueno, y siendo pues eso, más valientes que el Alcoyano.*
- *mi primera guardia en el 20-3º, de grisuca. Nunca he pasado tanto miedo.*
- *Y esos tres meses nos tenían muy controladas. Esos tres meses estabas, pues eso, observando y ellas te observaban. Te dedicabas a eso.*

Las alumnas de la primera promoción afirman que el uniforme lo trajo Usandizaga de una escuela de Londres y describen sus características. Poco tiempo después sustituyeron la cofia almidonada por un gorro y dejaron el uniforme gris, exclusivamente, para primer curso - a cuyas alumnas se denominaba "grisucas" -, pasando a ser blanco el de los otros dos cursos:

- *A30 mira: era medias grises claritas, zapatos abotinaos negros, éramos de 1º curso, una telita de rayas entre grises y me parece que blanco o algo así, ¡mona! Que estuvo dos o tres cursos con ello todavía, luego lo quitaron; y la cofia hasta aquí, porque no había pelos por ninguna parte pa los enfermos enfermos porque como en quirófanos y en las cosas de las curas decían que no se podía estar destapao y eso pues ya nos pusieron a todos la cofia así y bien, estábamos muy bien.*
- *A30 era una batita y luego el delantal y la cofia, la cofia de organdí, sí, almidonada, que ¿sabes cómo la almidonábamos?, pegada en los baldosines de Valdecilla.*
- *A30 y entonces Usandizaga pues le dijo a la Superiora, dice mire: esas chicas, lo de la cofia, ..., dijo mire: las va a dejar Vd. a todas calvas porque ese roce del almidón las va a dejar sin pelo*
- *P30. Era de rayitas grises y las que eran enfermeras tituladas iban de blanco. Pues nosotras teníamos el hipo de estar de blanco y ya lo pedimos y lo pedimos y nos lo concedieron*
- *P30 Nos pusimos de blanco este día (SEÑALA LA FOTOGRAFÍA), para venir a saludar y felicitar al Marqués que todavía vivía, el día de San Ramón, estábamos como chiquillas con zapatos nuevos. Y nos daban, pero como mucha gente, muchas, se quejaba de los zapatos porque nos pusieron unos zapatos duros. ... Y después ya acordaron una cosa: que las alumnas, en vez de comprarle los zapatos, pues se los comprasen ellas y darles 30 pesetas.*

La revisión diaria antes de las prácticas fue obligatoria para las alumnas de las tres primeras promociones entrevistadas. Se utilizaba para controlar la puntualidad, la apariencia, desde el pelo, totalmente tapado por el gorro hasta la raya del delantal perfectamente planchada y la identifica-

ción. El uniforme era gris en primero y blanco en los otros dos cursos y las "chapas" identificativas, de distinto y significativo, color en cada curso: roja en 1º, amarilla en 2º y azul en 3º:

- *A30. Mª Luisa Zubizarreta estaba allí con, con un cuaderno y un lápiz pa apuntar las que acabábamos de llegar justo, sin, te quiero decir, sin, sin retraso*

GT1

- *Por supuesto a las siete te tocaban la diana y con el "Viva Jesús" te abrían la puerta y te pegaban unos sustos del copón, y desde luego a las ocho..., a las siete y media, o a las siete y cuarto tenías que estar en el comedor a desayunar, y luego nos pasaban lista y revisión.*
- *Pero íbamos todas como verdaderos pinceles. Como verdaderos pinceles.*
- *¿Os acordáis? Los plancheros por la noche eran los más solicitados... Yo lo recuerdo cómo era nuestro delantal, ¿no?, con la raya esta así hacia adentro, estas dos para fuera así... (EXPLICA CÓMO SE HACÍA)*

GT2

- *Militar. Revista militar.*
- *Y lo de bajarte el dobladillo porque les parecía que estaba corto el uniforme.*
- *Sí. Te le bajaban y subías a la habitación a coserle, aunque no desayunaras.*
- *Bueno, era auténtico... Eso sí que era militar, ¿eh?, porque ibas con el delantal aquí colgado, en el brazo, que se viera todo bien, las rayas, tal..., los zuecos, todo bien limpio, y a desayunar.*
- *Eso. Y el gorro..., el gorro que no se te viese un pelo; un gorro que llevábamos. Un gorro blanco.*

La estancia en la EE no tuvo para las alumnas de la primera promoción ningún coste económico porque todo lo pagaban los Marqueses y estaban bien alimentadas; a cambio realizaban el trabajo necesario para el funcionamiento de la CSV. También hablan del comedor, situado en un edificio separado de los pabellones asistenciales y comunicado con el de los médicos por una terraza, pero que nunca se veían con ellos:

- *A30 No, nosotros no pagábamos nada, ¿qué íbamos a pagar si éramos alumnas? Si lo hacíamos gratis todo, todo el trabajo, nos tenían que dar de comer y, y eso, por eso fundaron la Escuela, ¡fíjate si llegan a meter tantísima gente en aquellos tiempos! pa pagarlas*
- *A30 Y comíamos todas en unas mesitas de 4, ... y al principio comíamos muy bien. ... pero al principio comíamos pollo que era carísimo,*

También la asistencia a las comidas estaba controlada. Recuerdan en el GT1 que las tarjetas de control mensual eran similares a las de los autobuses y que, para evitar castigos cuando tenían faltas, les pedían a sus cobradores que se las "picaran":

- *¿Os acordáis de los tickets de..., de las tarjetas del comedor con el...?*

Trabajaban todos los días mañana y tarde y, a veces, también por la noche. Solamente podían salir a la calle una tarde a la semana, a partir de las cuatro, cuando acababan el trabajo, aunque eso suponía que se quedaran sin cenar. La hora de entrada estaba regulada y controlada, las nueve al comienzo y, posteriormente, a las diez. A través de sus afirmaciones puede observarse la rigidez de la disciplina y la dureza del trabajo que realizaban:

- *P30 Se quedaba siempre una monja, con una joven que la acompañaba, de guardia para todos los pabellones y entonces había que buscar a la monja que te abriera y ¡claro! ya era dar la noticia. Yo me acuerdo que alguna vez que he, hemos podido entrar. Como vivía, que tenía la habitación en la planta baja del 15 y tenía una terraza y la terraza tenía una salida, dar la vuelta así y meterme así por la terraza a la habitación (RISAS)*
- *A30 íbamos tan cansadas que el rato que nos tocaba libre nos tirábamos, con zapatos y todo a la cama, estábamos hechas polvo ¿sabes?*
- *A30 nos ponían unos bocadillos para que tomáramos a media mañana, porque trabajábamos también con las monjas de mañana y tarde ... y se los comían los celadores porque no nos daba tiempo a comerlos*
- *P30 Yo estaba muy entusiasmada con hacerlo y como lo hacía con ilusión, pues no me costaba, vamos. ¿Estaba cansada? Pues sí, como todos, todas estábamos cansadas pero nos habíamos concienciado de que había que hacerlo.*

Las alumnas del GT1 recuerdan el régimen de salidas, que quebrantaban con frecuencia, las interminables jornadas de trabajo, el permanente cansancio y el poco tiempo libre del que disfrutaban:

- *Porque claro, es que aquí estamos hablando de dos cosas: estamos hablando de un internado y de una carrera, que van conjuntas, paralelas..., son inseparables*
- *Pero nos escapábamos. Nos escapábamos por eso también.*
- *Pero llegabas tan cansada..., porque si habías tenido que trabajar, si habías tenido clases..., o sea, estabas muerta. Es que a las diez y media... A las once nos apagaban el televisor, pero es que tampoco yo creo que quedaban dos o tres, porque es que estábamos molidas, ... No comentabas muchas cosas porque es que no podías. Yo recuerdo estar muy cansada; estar muy cansada. De que el día que tenías libre los domingos, ese día no levantarte.*
- *Yo sólo sé que llevaba sueño atrasado siempre; sueño atrasado siempre.*
- *O sea, librabas... Tu turno libre de salir a la calle era de 7 a 10, con lo cual durante el curso escolar teníamos desde las 8 de la mañana hasta las 7 de la tarde.*

El mismo régimen disciplinario y de trabajo continuó hasta 1974, en que la integración de la CSV en la Seguridad Social iniciará una reorganización de su funcionamiento y del de la EE, a consecuencia del cual dejará de ser regida por la comunidad religiosa. Esta nueva situación coincidirá con el nombramiento de un nuevo director, el cuarto de la EE, cuyo talante e ideas sobre ella eran muy diferentes al de sus predecesores. Todo ello se produce en un contexto de reorganización estructural del sistema educativo y de una profunda transformación sociocultural y económica de la sociedad española en la etapa final del franquismo. Así lo recuerdan las alumnas del GT2 que se formaron entre 1972 y 1978:

- *Y bueno, la época de la Escuela fue un poco terrible por la educación, el control de las monjas que había*
- *Pero el ritmo era..., o sea, la exigencia era muy intensiva*
- *Todo había que preguntárselo a una monja.*
- *De todas formas ese año, mi último año, que fue del 74 al 75, la Escuela cambió bastante porque nombraron director a César Llamazares*
- *en esa época las cosas cambiaron muy deprisa, porque fue cuando se hizo el hospital nuevo, lo cual conllevó que los médicos de toda la vida, esos que eran cuatro que lo controlaban todo, ... Llegó mucha gente nueva, joven, de otros sitios, todo nuevo*

En 1976 las prácticas se limitaron al calendario escolar, de modo que las alumnas que, voluntariamente, se quedaban a trabajar los meses de julio y agosto, firmaban un contrato y percibían un salario de Auxiliar. Esto debería haberse realizado varios años antes, ya que, en 1973, un Acta de la Fundación recoge que sólo están dando a las alumnas un mes de vacaciones, a pesar de que tienen la obligación de concederles tres, debido a las dificultades de funcionamiento que eso ocasionará al Centro Médico que deberá contratar enfermeras con los sueldos que rigen en la Seguridad Social (Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, 1969-1974), pp. 158 y 165. También en este momento la EE se convierte en mixta y el internado deja de ser obligatorio. Todos estos cambios son vividos por la alumna más reciente del GT2:

- *Y yo también tengo un recuerdo, que yo no sé si lo habéis vivido, que en verano trabajábamos y nos pagaban.*
- *A ti te pagaron... Yo he trabajado sin pagarme.*
- *Claro. Claro. Cuando se acabó el internado, que yo le viví el primer año, y recuerdo que los otros..., el otro año..., entre 1º y 2º, y 2º y 3º nos pagaban.*
- *Pero es que yo creo que el primer año que estuve aquí tuve quince días de vacaciones en mi vida; quince días y el resto era una total explotación, que era lo que era..., porque éramos el personal del hospital.*
- *Siempre. Siempre. Internado total.*
- *Llegué y me explicaron..., lo primero que me explicaron fue que podía ir a dormir a mi casa una noche al mes con un permiso firmado por mi padre.*
- *En el 77 nos dieron opción a quedarnos en casa si queríamos; ya no era la obligatoriedad de estar interna.*
- *Este chico era de Madrid y se pidió un traslado de expediente y tal y se vino a estudiar a Santander. Lo que no recuerdo es si fue en 2º ó en 3º*

A las expulsiones de alumnas, muy frecuentes durante gran parte de la historia de la EE, apenas hacen referencia las alumnas de la primera promoción. Todas comentan que de las 50 alumnas que comenzaron sólo 27 obtuvieron el título en 1932 y, sin embargo, no recuerdan a compañeras expulsadas o que dejaran la carrera, o no quieren hablar sobre ello. Solamente una de ellas habla de una compañera que volvió a su casa, donde falleció poco después, porque contrajo una tuberculosis para la que no había solución. Sin embargo, al insistirles sobre este tema, se evidencia que sabían que ocurría:

- *A30 las monjas echaban de vez en cuando a alguna.*
- *A30 en mi curso una falló no sé porqué, porque no nos enteramos y esa no volvió.*
- *A30 Entonces, como era muy rígido lo de entrar y todas esas cosas, que tenías que entrar a la hora sino te castigaban al día siguiente o te daban una o te echaba una bronca la Superiora ¿no? Y, y ella pues salió, al cine o a lo que sea, y vino un poco tarde y por el miedo a que la riñera la Superiora, estaba su amiga en la Enfermería y en vez de buscar a Sor Inés, que era la que nos abría, pues, pues se la ocurrió meterse por la Enfermería y ¡amiga!, la mandaron pa casa*
- *P30 (LEVANTA LOS HOMBROS COMO SI NO SUPIERA). Pues cada uno vivíamos nuestra vida y nuestro trabajo y no nos ocupábamos de lo que había para, de lo que pasaba. Desde luego que sí, que más, eran más de 27, pero en seguida se hizo limpieza de lo que sea y la que se portaba bien, bien, y la que no pues (HACE GESTOS CON LAS MANOS DE IRSE)*

Las alumnas del GT1 hablan sin reservas de los castigos que les imponían y de las expulsiones de compañeras:

- *Y lo que sí recuerdo es que en 1º el día de mi santo estábamos castigadas todas sin salir del hospital porque había que estudiar, y nos dejaron una hora por la mañana para que viniera a vernos la familia*
- *que en 1º de carrera es en realidad donde se hacía el filtro, porque es donde ya las monjas, o el profesorado, el claustro de profesores decidían si les habías caído bien, o mal, o eras mal estudiante..., tenías que ser muy mal estudiante para que te suspendieran, y ya es donde ahí quitaban, eliminaban de las que quedaban. Entonces ya luego 2º y 3º... De no ser que fueras muy mal..., que fueras mal en los estudios, o muy mal en la convivencia.*
- *Y entonces claro, a ésta la mandaron a casa directamente; no sabemos lo que pasó. Pero claro, ella hablaba por el teléfono, que no sé qué: "Mamá, que me echan por puta..."*
- *Sobre todo por las prácticas*
- *Yo creo que fueron cinco las que echaron.*
- *Te echaban porque eras un desastre..., por ejemplo: "0 en prácticas".*
- *¿Pero os acordáis en...? Cuando vosotras erais de 2º, que echaron a unas de 3º porque habían ligado..., porque se habían ido a Palma*
- *El robar lo castigaban muchísimo.*
- *En una clase estaba la monja levantándole las faldas a todas a ver quien tiene la faja.*
- *O que te vieran cosas del hospital. Si te veían un..., o un termómetro... O sea, tú no podías ponerte el termómetro, que era algo ilógico, ¿no?*

También hubo expulsiones durante la estancia en la EE de las primeras alumnas del GT2, aunque por motivos diferentes:

- *por lo menos en los tres años que estuve, dos o tres que era como que desaparecían, que nunca más se volvía a saber de ellas, y al cabo de los años por equis circunstancias pues resulta que es que se habían embarazado*
- *Sí, amenazar sí, pero no te expulsaban de verdad, ¿eh?*
- *Y: "Vete a hablar con la monja".*
- *Pero yo tampoco recuerdo que expulsaran a nadie por un conflicto.*
- *Ya en mis cursos ya ni si quiera por embarazo, ¿eh?*

Las alumnas se ocupaban del arreglo y limpieza de su habitación y, al principio, también pretendieron, aunque no consiguieron, que realizaran la limpieza de la Residencia, como recuerda una de las alumnas de la primera promoción:

- *P30 A mí, le puedo contar una cosa que pasó al muy poco tiempo de estar las monjas allí. ... En el Pabellón 15 había una galería, pues nos reunieron a todas porque la Madre Superiora había pensado que iban a suprimir las chicas que limpiaban los pasillos y las escaleras y todo el 15, porque como era vivienda nuestra pues que lo hiciéramos nosotros. Y nadie estaba conforme, como es natural, pero nadie dijo una sola palabra. Y yo me levanté para decirle a la Madre Superiora que yo no estaba conforme porque comprendía que nosotras habíamos ido allí a estudiar y no a estar limpiando escaleras ni fregando pasillos.*

En la Residencia disponían de una gramola que les regaló la Marquesa; después de un piano, que algunas sabían tocar; organizaron un coro para cantar en las misas, aunque tenían poco tiempo para ensayar, y se vestían de Reyes y hacían fiestas y comedias para los enfermos. También tenían patines, bicicletas y una pista de tenis porque, como recuerda una de las alumnas de la primera promoción, Usandizaga se ocupaba de su salud y le insistía a la Superiora sobre la conveniencia de que las alumnas se distrajeran, ya que trabajaban mucho.

Sólo las alumnas del GT1 recuerdan la obligación de asistir a misa los domingos, incluso para las que comenzaban a trabajar a las ocho, que debían acudir a misa de siete. El resto sólo afirman que las monjas lo recomendaban y que era conveniente:

- *Y entonces nos envolvíamos en la capa e íbamos a dormir.*
- *Todas dormidas. Y entonces pasaba Sor María Antonia y nos pegábamos: "¡Que viene...!"; y te caías... Bueno, bueno... Era un show*

Las alumnas del GT2 comentan que las ideas y las prácticas religiosas estaban muy presentes: era obligado colocar una medallita de la Milagrosa a todos los pacientes que iban a quirófano; una alumna de primero, tocando la campanilla, acompañaba siempre al capellán que llevaba la comunión y, en cada pabellón, se colocaba un altarcito ante el cual se arrodillaban y rezaban cuando llegaba. En muchos, además, se rezaba una oración por las mañanas y el rosario por las tardes:

- *Pues por la mañana el cura, sería el capellán, ..., iba con la Comunión por todos..., las plantas de..., los pabellones del hospital llevando la Comunión a los enfermos, e íbamos una alumna generalmente gris*
- *Entonces la campanilla yo la he llevado una vez en mi vida, porque me dio tanta vergüenza..., o sea, no podía yo con aquello*

- *Entonces yo cambié los vertederos por la campanilla.*
- *Pero yo no tengo una conciencia de que hubiera una presión religiosa*
- *No era una presión religiosa, pero sí era una presión de la religión que ellas tenían, de la manera enrevesada de ver todas las cosas que hacías.*

Los componentes del GT3 se forman con diferentes planes de estudios de la Diplomatura en Enfermería. El alumno, será de la última promoción del que había comenzado a impartirse en el curso 1980/1981 (ORDEN de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería) y, las alumnas, del plan de estudios que se inicia en el 1999/2000 (RESOLUCIÓN de 7 de junio de 1999, de la Universidad de Cantabria, por la que se hace público el plan de estudios conducente al título de Diplomado en Enfermería de esta Universidad). Éste regulaba y definía unos contenidos que constaban de 4.600 horas, lo que supuso una reorganización de la formación y el aumento de la dedicación de los estudiantes. Por este motivo, unas y otro perciben de forma diferente el esfuerzo que les supuso, aunque apenas hablan sobre aspectos organizativos y de funcionamiento de la EE. Recuerdan conflictos que había en ese momento entre el profesorado, contradicciones entre algunos de la misma asignatura y alumnos que obtenían determinados privilegios:

- *que había determinados favoritismos por parte de determinadas profesoras o profesores, por alumnos en cuanto a... No tenía muchas veces que ver con la asignatura, pero pues igual algún congreso, algún tipo de formación, prácticas en determinadas plantas.*
- *H- Y después la utilización de determinados alumnos, compañeros, para intereses de determinados profesores.*
- *Nosotros estábamos como muy aislados, y encima de estar aislados fuera del Campus, es que es todo el día en la Escuela: mañana clase, tarde prácticas...; o al revés, quitando 1º.*

A modo de resumen se observa a través de las narraciones del alumnado que formarse en la EE ha sido una experiencia positiva, aunque dura e intensa. Son, sin embargo, muy diferentes las condiciones en que vivieron su período formativo.

Las alumnas de las tres primeras promociones han estado sometidas durante su estancia en la EE a una disciplina y control similares, a pesar de los más de cuarenta años que separan a la primera de la última. Todas han permanecido en un internado de tres años completos, apenas sin vacaciones ni tiempo libre, realizando, desde su llegada a la EE, un trabajo diario durante largas jornadas en las que aprendían a ser enfermeras asumiendo una responsabilidad para la que no estaban capacitadas. Además, permanecían vigiladas y a prueba en todas las situaciones y podían ser castigadas y expulsadas si, a juicio de los responsables, en especial de las monjas, no estaban en posesión de la vocación o sus condiciones físicas, morales e intelectuales no eran las adecuadas para el ejercicio de la profesión; todo ello resultando imprescindibles para el funcionamiento de la CSV porque apenas había enfermeras.

La diferente percepción que se observa entre las alumnas de la primera promoción y las de los dos grupos triangulares, mucho más crítica en éstas, tiene que ver con el contexto social en que han vivido unas y otras. Para las primeras entrar en la EE y hacerse enfermeras fue un privilegio al que muy pocas mujeres de su época podían aspirar, que les dio autonomía y una profesión; además, las normas y la disciplina de la EE eran acordes con la rigidez social y

las limitaciones que vivían las mujeres. Era muy diferente la sociedad de la que provenían las mujeres de las otras dos promociones a las que ya se reconocía unos derechos educativos, civiles y políticos que favorecían su evolución e incorporación al ámbito público y profesional, de modo que el acceso a la EE era un derecho, no una concesión, y su régimen disciplinar era más rígido que el del medio familiar y social del que provenían.

Hasta mucho más tarde, mediada la década de los setenta no se manifestarán en la organización de la EE y en la formación del alumnado los cambios sociales y políticos que está experimentando la sociedad española. A partir de ese momento, el alumnado dejará de ser mano de obra sin coste para el Hospital para convertirse en estudiante al que hay que enseñar. De este modo se perciben en el GT3, a pesar de que tampoco su formación es comparable, en cuanto a exigencia y dedicación, a la de otras titulaciones universitarias.

8.3.2. *La formación teórica.*

Afirmaba Teresa Junquera que el programa teórico de la EE comprendía, entre otras, todas las materias médicas en su aplicación al cuidado de los enfermos, así como prácticas de laboratorio y un curso completo de moral profesional (Junquera, 1929) y correspondería a los Jefes de Servicio de la CSV impartir esta formación (Usandizaga, 1944), p. 6.

Sin embargo, las alumnas de la primera promoción conservan pocos recuerdos, y algunos contradictorios, sobre las clases que recibieron. Dos de ellas afirman que comenzaron las clases desde el principio y la otra que, al comienzo, les daban apuntes en las clases porque no tenían libro, pero que pronto tuvieron el de Usandizaga; aunque éste no se publicó hasta 1934, dos años después de que ellas obtuvieran el título de enfermeras. Otra de las alumnas refiere que las clases no comenzaron hasta el segundo curso, lo que coincide con el testimonio oral de otra alumna de esta promoción, entrevistada por Salmón, que afirmaba que durante el primer año la formación se limitó al trabajo práctico, que no tuvieron programa de estudios, ni libros de texto y que las clases no empezaron hasta la llegada de las monjas (Salmón Muñiz et al., 1991):

- A30 *¡Ah! Sí, sí, desde el principio nos empezaron, nos empezaron a dar clases*
- A30 *Pues de todo, nos hablaban de todo, nos daban, entonces no teníamos todavía libro, pero fue muy poco tiempo, ¿eh? en seguida le hizo el Dr. Usandizaga. Nos daban apuntes ellos, los Jefes*
- E30 *Sí, Sí, desde el principio, sí.*
- P30 *Pues nada más empezar pues no había tiempo de clases, pero luego sí.*
- P30 *Sí, había clases por la tarde, sí, sí, había el horario de clases y todo eso, pero fue, pues eso, después ya cuando vinieron, cuando vino el 2º curso que ya nos podíamos ¿...? vamos, arreglar mejor.*

Treinta años más tarde no parece que las clases teóricas hubieran cobrado mucha más importancia en la formación de las alumnas, porque las del GT1 se detienen poco en ello. Continuaban siendo impartidas por médicos, generalmente los Jefes de Servicio, salvo las clases prácticas que les daban las monjas y no recuerdan cuántos días a la semana las tenían. Seguramente, los días eran diferentes en cada curso, para evitar que los servicios quedaran desatendidos cuando las alumnas debían acudir a las clases:

- *Teníamos desde septiembre a junio clases;*

Las alumnas del GT2 se muestran bastante insatisfechas con la formación teórica que tuvieron, que continuaba siendo impartida por los médicos del Hospital, salvo la asignatura de Moral Profesional que la daba un sacerdote. La alumna de la promoción más reciente de este grupo recuerda que las clases mejoraron sustancialmente cuando profesores más jóvenes, provenientes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santander, que inicia su andadura en 1973, comenzaron a impartirles alguna asignatura:

- *O sea, era pues un apaño realmente, porque aparte de que las clases eran dos días a la semana, un día hasta las nueve de la noche, amontonados, allí te dormías porque con 18-19 años te dormías*
- *Los días que tenías clase trabajabas de mañana, y luego ya lo que tocara.*
- *No. La verdad es que yo también tengo recuerdo de no haber aprendido nada.*
- *Pues yo de alguna asignatura sí, porque hubo un cambio*

El GT3, en cambio, si muestra satisfacción con la formación teórica y con el profesorado, que, en este momento, era mayoritariamente enfermero, ya que cuando se produce la integración de la EE a la Universidad, en 1989, solamente profesorado enfermero se incorpora a dedicación completa. Manifiestan también:

- *Yo estudié todo lo que podía y más, y me acuerdo eso, que todo el mundo salía más o hacía más cosas,*
- *Y en cuanto a las clases teóricas pues bueno, había cosas que relacionaba muy bien con la práctica pero luego había cosas que tampoco entendía muy bien,*

Las alumnas de la primera promoción recuerdan los exámenes que les realizaba el Tribunal de Catedráticos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid a quienes, a criterio de los responsables de la EE, habían finalizado sus estudios (Patronato de la Fundación “Casa de Salud Valdecilla”, 1928-1933), p. 163, y cuyas Actas se conservan en la EE desde septiembre de 1932. Las alumnas confirman que, efectivamente, las examinaban previamente los profesores de la EE y que, a quien no aprobaba, no la dejaban presentarse ante el Tribunal. También que se examinaban en Santander, y tanto de teoría como de práctica:

- *A30 Y luego, cuando nos tocó el primer año examinarnos, pues sí teníamos, teníamos que ir a Valladolid. Entonces pues la Superiora le dijo a la Marquesa, mire, si mando a las enfermeras a Valladolid se tiene que cerrar el Hospital, a las alumnas, se tiene que cerrar el Hospital y entonces fue la Marquesa y dijo, ¡ah bueno! pues ya lo arreglo yo. Y dijo, mire, voy a pagarles el Real a los profesores, que venían 3, y que estén una semana y para que las examinen.*
- *A30 Todo oral, todo oral hija mía.*
- *P30 Vinieron cuando terminábamos, cuando ya terminábamos, ¿verdad?, no el 1º ni el 2º curso sino ya el 3º. Vinieron de la Universidad o de la Facultad de Medicina de Valladolid los profesores en el mes de agosto y estuvieron aquí unos días y nos examinaron a todas y nos autorizaron el Título oficialmente.*

- *P30 Sí, de lo que quisieran preguntar, de prácticas, de mandarnos hacer prácticas o poner unas inyecciones o hacer un vendaje o hacer esto o lo otro y luego preguntas de los libros.*

También las alumnas del GT1 recuerdan los exámenes finales que el Tribunal de Valladolid realizaba, ya todos los años, desde el curso 1954/1955. Afirman que los aprobaba todo el mundo, porque hacían una selección muy dura en primer curso y, cada año, en el examen previo que les realizaban en la EE. No se ponen de acuerdo sobre si era mucho lo que tenían que estudiar o sólo les parecía mucho porque tenían poco tiempo para ello debido a lo mucho que trabajaban.

Sólo una de las alumnas del GT2 recuerda haber sido examinada por el Tribunal de Valladolid, aunque debió ser del Examen Preliminar ya que, a partir de 1973, las Actas oficiales son ya de la Universidad de Santander (Escuela de Enfermeras de la "Casa de Salud Valdecilla", 1930-2012a), a cuya Facultad de Medicina está adscrita la EE (ORDEN de 2 de febrero de 1973 por la que se adscribe a la Facultad de Medicina de la Universidad de Santander la Escuela Femenina de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander, con las especialidades de Asistencia Obstétrica, Fisioterapia y la de Radiología y Electrología). Sus recuerdos sobre los exámenes difieren entre ellas, debido, probablemente, a que su formación coincide con el período de reorganización del Hospital y de la EE, señalado anteriormente:

- *Sí, cada curso... No, cada asignatura. Venía un catedrático de Anatomía, otro de no sé qué, otro de no sé cuántos..., y hacíamos un examen final.*
- *O sea, yo nunca me he examinado con nadie de fuera de la Escuela; yo creo que daban por válido lo que se hacía aquí.*

Los estudiantes del GT3 han sido siempre examinados por el mismo profesorado que les ha impartido las clases.

8.3.3. La formación práctica.

En los tres años de internado, las alumnas pasarían por todas las especialidades médicas y quirúrgicas de la CSV, desempeñando diariamente el trabajo práctico en todos los servicios, bajo la instrucción y supervisión de las enfermeras y practicantes (Junquera, 1929). Afirmaba Usandizaga que, para obtener un tipo elevado de graduadas, debían ser enfermeras quienes se encargasen de la formación práctica, porque la técnica del cuidado de los enfermos era la enseñanza básica (Usandizaga, 1944).

Las alumnas de la primera promoción recuerdan que, efectivamente, fueron las "enfermeras tituladas", que ya habían organizado el Hospital, quienes les enseñaron al comienzo, pero que, muy pronto, llegaron las monjas. Al principio parece que tuvieron clases de prácticas simuladas en la EE y que aprendían con las enfermeras:

- *A30 Bueno, al principio íbamos con la, con la Jefe de la Sala a aprender y en el momento que aprendíamos pues ya lo hacíamos nosotras ¿no? Pero teníamos, las clases de prácticas que teníamos, teníamos un muñeco que era como un hombre y a ese le pinchábamos, aprendíamos a pinchar y a hacer cosas, y vendar y cosas con él, para luego hacerlo con los enfermos, aparte de que lo veías, que lo hacía la Jefe de Enfermeras*

- *E30 Sí, sí, sí, pero ellas, con ellas también teníamos clase, más que nada de, de, no sé, como, de todo porque para las cosas de los enfermos, para estar con los enfermos*

Las alumnas del GT1 conservan muchos más recuerdos sobre las prácticas que sobre las clases y reflexionan sobre lo mal que lo pasaban en ellas, no sólo por el mucho tiempo que les dedicaban sino por la responsabilidad y la dificultad que suponía cuidar a los enfermos desde su llegada a la EE, sin conocimientos y sin el apoyo y la vigilancia de profesionales, ya que solamente tenían, y no siempre, el de las alumnas de los cursos superiores:

- *Desde luego prácticas no tuvimos ningún apoyo, ni alguien que te enseñara*
- *Que sí tenías monitoras que te enseñaban. Nosotros teníamos dos.*
- *Sor Matilde...*
- *Y sor María Antonia. Anda que no eran buenas*
- *Pero bueno, vamos a ver, te daban dos clases cuando llegabas, que te enseñaban cómo se hacía una cama, cómo se vendaba y nada más. Luego ya no tenías a nadie más.*
- *ya te digo, pues no sé tú, pero a nosotras nos enseñaban las de 2º y las de 3º, porque es que además en mi promoción había una monja que hacía la carrera con nosotras, y sin embargo estaba de supervisora de una planta; o sea que digamos que..., ¿qué podía enseñarles? Pues nada. Y el resto de las monjas lo único que estaban es a que gastaras poco, ... Pero darte docencia en el trabajo, ninguna. Ninguna.*
- *Pues Nochevieja de ese año, no se me olvidará a mí mientras viva, mi primera guardia en el 20-3º de grisuca. Nunca he pasado tanto miedo.*
- *Sí, aprender aprendimos, claro, pero a golpe de*
- *Eso era en esa época, con sus cosas buenas, sus cosas malas, y que desde luego aprendíamos mucho..., iniciativa teníamos que tener. Eso por encima de todo.*

También las alumnas del GT2 recuerdan haber aprendido mucho en las prácticas, aunque el aprendizaje continuaba siendo forzado y sin planificación, dependía de los Servicios que les tocaran y de los profesionales médicos que hubiera en ellos, ya que, salvo las alumnas de los cursos superiores, nadie asumía la responsabilidad de su formación:

- *no es que me enseñasen muchas cosas de enfermería, la verdad, aprendíamos a empujones y a golpes*
- *¿Quién nos enseñaba? Nadie.*
- *y lo de ir a trabajar a los pabellones, las prácticas, pues eran un poco aventura, siempre era una aventura a ver qué pasaba, y era a ver quién había visto más, y a quién había sangrado más, y quién... Realmente yo tengo esa conciencia, de venir a la planta..., a la Escuela y decir: "Fíjate, he visto, he visto...". Era pues yo creo que una vivencia del asunto muy adolescente, de adolescentes muy inmaduras.*
- *Y la práctica a bofetones, a tortazos*

Las alumnas y el alumno del GT3, en cambio, no parecen dar más importancia al aprendizaje práctico que al teórico, aunque las prácticas les gustaban mucho y uno de ellos narra una experiencia personal:

- *H- Bueno, yo mis mejores prácticas fueron cuando me puse malo de apendicitis, esas fueron mis mejores prácticas realmente, porque ahí aprendí a empatizar y a ponerme en la piel de los pacientes, y yo creo que eso es lo mejor; lo mejor porque cara a seguir evolucionando en el resto de las prácticas, a darme cuenta de otras cuestiones, fue lo que más me ayudó.*

Trabajaban diariamente durante todo el curso, mañana y tarde y, de noche, cuando les tocaba; además, cuando comenzaban las noches hacían también la jornada de día que les correspondía. Periódicamente las cambiaban de pabellón o planta, para que fuesen rotando por todos los Servicios, aunque esto no siempre se cumplía, como recuerdan las alumnas de la primera promoción:

- *E30 ¿De prácticas? Pues mira, si te digo que alguna vez hemos estado todo el día y por la noche (RISAS) con los enfermos, de día y luego por la noche otra vez.*
- *P30. Pero a mí me ha pasado estar en la Consulta de Ojos y tener que ir los sábados por la noche a hacer guardia en el Pabellón 10, o sea, estaba el sábado por la mañana en la Consulta, por la tarde organizando la Consulta porque estaba todo patas arriba y preparando bombitos, preparando las cosas para la consulta siguiente y luego, a las 8, coger la guardia del Pabellón 10 y estar toda la noche allí.*
- *P30. Y luego no me podía echar por la mañana porque había que ir a curar a los enfermos*
- *P30 yo estuve en muy pocos servicios porque estuve mucho tiempo en Ojos, luego me llevaron al Pabellón de pago y prácticamente no he estado en pabellones, en pabellones nada más que para hacer suplencias.*
- *P30. Sí, y, y allí he estado y después, cuando, estando allí es cuando me, le pidieron a la Madre Superiora que mandase una enfermera porque el Marqués estaba ya muy malito y la enfermera que tenía pues la pobre estaba agotada, día y noche, día y noche.*

Las alumnas del GT1 continúan hablando de las largas jornadas de trabajo. Habitualmente trabajaban de 8 a 12 ó 13 horas, más la jornada de tarde que era rotatoria y podía ser de 13 a 16, de 16 a 19,30 o de 19,30 a 22, y el día que acababan a las 16 era el que tenían libre para salir, tras haber acudido a las clases correspondientes. Los domingos y los periodos vacacionales, en los que no había clases, la jornada de mañana era la misma y la de tarde era más amplia porque se organizaba sólo en dos periodos: de 13 a 17 y de 17 a 22 horas. Con posterioridad, el turno en vacaciones y festivos sería continuado, de 8 a 15 o de 15 a 22. Pero, anteriormente, la jornada de mañana había sido todavía más amplia, ya que la alumna más antigua del grupo recuerda que, cuando ella comenzó en la EE, reemplazaban a la de noche antes de las 8 de la mañana:

- *yo creo que a las seis y media, iba una cada día de las que estaban en esa planta a relevarte hasta las ocho, y entonces bueno, pues era..., pues era un incordio para la gente que tenía que levantarse a las seis. ... Pues yo hablo de cuando llegamos que éramos grises, ¿no?*

- *Yo mi compañera de habitación que estaba en el 10-1º se levantaba a las cinco de la mañana para recoger todos los termómetros y que le diera tiempo a hacerlo. Y luego ya a las ocho, cuando llegaba digamos que el turno normal, ésas se iban a desayunar y tenías pues ese rato..., no sé si luego volvía a las nueve, o a las nueve y media o algo así.*
- *Nosotros... Con nosotros empezaban los turnos a las ocho de la mañana*

La situación había mejorado algo para las alumnas más antiguas del GT2 y cambiado ostensiblemente para la más reciente. Las primeras realizaban ya los mismos turnos y jornada laboral que las enfermeras de la Seguridad Social que empezaba a contratar el Hospital y, cuando se acababan las clases, podían salir a la calle el tiempo que no trabajaban; la última ya tuvo, en todos los aspectos, la consideración de alumna que iba a aprender con las enfermeras que eran las que desempeñaban el trabajo y colaboraban en su formación; además existía un personal auxiliar que realizaba muchas de las tareas que antes efectuaban las alumnas. Así mismo, tenía libres los fines de semana y dos meses de vacaciones en verano y la cambiaban cada tres meses de unidad de prácticas aunque la asignación era arbitraria, sin planificación y con privilegios para algunas alumnas que asignaban a servicios donde podían aprender:

- *Aquello era una explotación total.*
- *La verdad es que era muy duro, ¿eh? O sea, era muy duro, porque eran las siete horas de prácticas*
- *Y luego en el verano era mejor, porque como no había clases sí que teníamos las tardes libres*
- *No, es que yo ya no trabajaba en el hospital...*
- *Dependiendo quién fueras y cómo fueras te tocaba una cosa o te tocaba otra.*
- *Pero yo creo que como que la prioridad era cubrir los puestos de trabajo que había, pues daba igual; te podía tocar.*
- *Y había gente que tenía como suerte que iba a sitios atractivos donde se aprendía algo.*

Para el GT3 tampoco las prácticas eran un trabajo, sino un aprendizaje al que dedicaban mucho tiempo, excesivo en muchas ocasiones, y tienen también la sensación de que había alumnos privilegiados en la asignación de los servicios en que las realizaban:

- *A estar aquí, dentro del Campus y dentro de, en este caso del hospital; muchísimas horas. Tengo ese recuerdo.*
- *Pues yo así recuerdos, ... y no había caído en eso, del tiempo que es verdad que hemos pasado en las plantas durante tres años.*

Desde el principio también trabajaban por la noche. Las alumnas de la primera promoción comenzaron realizando una semana, pero como a los médicos no les parecía bien porque ocasionaba muchos cambios durante el día y no había continuidad en el seguimiento de los pacientes, pasaron a hacer quince días y, poco más tarde, un mes. Los períodos eran iguales para todas las alumnas y, durante el tiempo que permanecían de noche, dormían juntas, y encerradas, en una sala grande con literas situada en el último piso de la Residencia, a la que siempre se denominó “el barco”:

- *A30 Cuando hacíamos guardia nos metían en el último del 15, que nos cerraban con llave y aquello era "el barco", todas durmiendo allí hasta las 3 que nos abrían pa ir a comer*

Las siguientes promociones de alumnas continuaron haciendo guardias de un mes hasta finales de la década de los sesenta, en 1967, como recuerdan las alumnas del GT1. La más antigua del grupo las realizó siempre de un mes, al principio en horario de 20 a 6 que pasó a ser de 22 a 8, mientras ella estaba en la EE. Las otras las realizaron siempre de quince días. Cuando estaban de guardia continuaban durmiendo en "el barco" que estaba situado en la planta 3ª del pabellón 16:

- *No, pero entrábamos con un mes, y el único día que librábamos, que era el último día del mes, y ..., ese día no trabajábamos, era nuestro día festivo.*
- *Sí, yo empecé de las primeras de quince días y era la guardiana; iba con la moja de turno y tocando las llaves por todos los pabellones para que la gente se diera cuenta y espabilara un poco*
- *ponían la cartelera: "Uy, me toca"; y entonces cada una iba a su habitación, cogía las mantas y la almohada y elegía cama en el barco.*
- *No... Nosotros teníamos nuestra cama hecha; sólo cogíamos la bata y nada más.*
- *Bueno, acordaros aquella vez que pasó que Charo tuvo un cólico nefrítico, y que dando unos chillidos en el barco que quería salir, lógicamente, y que para encontrar la monja, que parece que se había ido a la Patagonia*
- *No. Claro, es que las únicas que te podían oír eran las compañeras tuyas de residencia.*
- *Pero si en ese momento estaban todas trabajando.*
- *Y que siempre nos abrían a las tres de la tarde, o a las dos para que fuéramos a clase, porque había que ir a clase*
- *El domingo era a las cuatro y media; los novios esperando y... . Unos gritos... Y la otra apareció en la puerta. Todas castigadas ese domingo.*
- *Ellas lo que querían era que descansáramos, porque decían que si no nos cerraban que es que nos escapábamos y no íbamos a dormir.*

Durante la estancia en la EE de las alumnas del GT2 ya no había "barco", vivieron ya en la nueva residencia inaugurada en 1971. Refieren que realizaban solamente una semana de noche, aunque las más antiguas hacían quince días en períodos de vacaciones. Además, cuando comenzaban las noches, ya no trabajaban también la jornada normal de día, aunque recuerdan alguna ocasión en que tuvieron que hacerlo porque la compañera que estaba de noche se puso enferma:

- *Yo también me acuerdo las semanas de guardia que eran semanas de 70 horas, siete días seguidos a 10 horas.*

En el GT3 ya no hablan de las guardias, ya que en el plan de estudios de la Diplomatura sólo debieron realizarse los primeros años y sólo eran obligatorias para los estudiantes de tercer curso. Así consta en unas Normas de Régimen Interno de 1984, pero ya no vuelven a figurar en ninguno de los documentos existentes en la EE.

Las alumnas de la primera promoción afirman que realizaban todo tipo de actividades con los enfermos, como darles la comida, la medicación, curarles, acompañarles y atender a sus necesidades. También pasar visita con los médicos, instrumentar en quirófano y hasta ayudar a anestesiarse porque no había médicos anestesiólogos:

- *A30 De todo ... Se moría, se nos moría una persona y nosotras, antes de llamar al celador, también nos lo enseñaron ellas, ..., pues teníamos que aprender si se quedaba, por ejemplo, con los ojos un poco abiertos o la boca ponerle una venda, cuando veíamos que se estaba muriendo, estar con ella y hacer todas esas cosas ¿no? porque es que antes se estaba mucho con el enfermo ..., nosotras todo era a mano de nosotras y de nuestra cabeza.*
- *A30 Teníamos que hacer de todo, ..., estar pendiente del suero y de todo lo que tenía el enfermo*
- *A30 Nosotros hacíamos ficheros, diagnósticos, yo me he hecho hasta diagnósticos.*
- *P30 Y el Dr. Usandizaga estaba siempre muy pendiente de ver cómo hacíamos las cosas y pasarse por los pabellones a ver cómo estaban hechas las camas y si estaban bien colocadas la eso, si los enfermos estaban bien limpios; sí, estaba siempre pendiente de todo, todo lo llevaban en cuenta.*
- *P30 Es que nos pasó a las primeras, a las primeras promociones, porque como no había enfermas, enfermeras tituladas que se hiciesen cargo de los puestos, pues nos hicieron a las más despejadas, nos hicieron responsables.*

Relatan las alumnas del GT1 algunas de las actividades que realizaban que no sólo consistían en cuidar a los enfermos en todos los aspectos, también fregaban material, mobiliario, orinales y botellas; doblaban gasas y enrollaban vendas o transportaban material y enfermos a cualquier hora del día o de la noche por unos sótanos tenebrosos y mal iluminados, todo ello con escasez de recursos, consecuencia de las dificultades económicas que arrastraba la CSV:

- *tú estabas sola por ejemplo de 1 a 4, en el turno de 1 a 4, y te llamaban de escayolas: "Oye, que tenéis aquí un enfermo. Ven a buscarle". Y tú ibas, dejabas..., decías a la de arriba o a la de abajo: "Oye, que me voy a escayolas"; y con la camilla, o con las camas tirando hasta allí, porque no había celadores.*
- *Y eso, sí que recuerdo que en uno de esos reemplazos del 12, que claro, como todo era tan escaso..., que se me cayó el vaso con los termómetros y se me rompieron todos; y cómo sería, cómo lloraba yo cuando llegó la monja, que era sor Julia, que era mala como un dolor, que no me dijo mi mu.*
- *Solamente había guantes pues para hacer cosas que tal, en el quirófano, en no sé qué... Cosas que tuvieras que hacer con materiales técnicos, pero nada más.*
- *Que cuando flameábamos el instrumental*
- *Bueno, si no nos hemos abrasado no sé por qué.*
- *Y las jeringas, los ebulliciones aquellos*
- *hasta en algunas ocasiones, como pasaba en el 10, en el pabellón de beneficencia, hacer sopa de ajo con pan que había quedado y caldo de mediodía; eso no entraba en la Escuela en la educación de una alumna y lo aprendimos a hacer*

Recuerdan vivencias que muestran no sólo las diversas y complicadas situaciones que continuaban viviendo en la década de los sesenta sino también la responsabilidad que asumían desde su llegada a la EE, sin contar con los conocimientos ni la experiencia adecuada ni con más apoyo que el de sus compañeras; recuerdan, también, los miedos de todo tipo que pasaban, a no saber qué hacer, a hacerlo mal, a dejar a los enfermos solos, a que se escaparan, a ser castigadas:

- *había una señora de digestivo muy grave, y vino Montesinos a verla, y me dijo: "Bueno, pues si se pone peor me llamas". Y yo la miraba..., y yo claro, la veía tan mal que yo decía: "¿Y a qué llamará él ponerse peor?". Claro, porque no tenía ningún parámetro yo para comparar.*
- *Y en el 20-3º hice mi primera guardia, que fue espantosa porque aquello era*
- *fíjate, de los tres años de carrera la única cosa negativa de relación enfermera..., o alumna con enfermos, porque eso yo me doy cuenta en estos momentos que eso era tétrico. Eso junto con los traslados al manicomio de Palencia, las expediciones que se hacían, creo que eso es de película de los años 30, o por lo menos yo ahora lo sigo recordando.*
- *Y cuando íbamos con los delirium tremens del 12 por el sótano, al 20, que íbamos la del 3º y la del Principal, y la del 1º se quedaba cuidando todo.*
- *era ya de 3º, puñetas..., y Estela ...de 1º; las dos haciendo guardia en un pabellón 21, tres plantas: la primera planta con los cor pulmonale, ... y enfermos pues broncopatas*
- *En la 2ª planta eran los hombres tuberculosos que llevaban diez, quince, veinte años..., que salían*
- *Y en el 3º las mujeres. Entonces no se me olvidará que yo entonces era de 3º y la de 3º sabéis que era la responsable de las enfermeras, de las demás compañeras cuando la monja no estaba. Miedo todo el del mundo. Entonces hacíamos las guardias sentadas entre el 2º y el 3er piso pero..., en las escaleras. Cada vez que sentíamos las llaves de la monja, una para arriba y la otra... Y su cosa era que: "Por favor, hijitas, tenéis mucho cuidado porque mirad, los hombres estos que llevan aquí tanto tiempo y las mujeres de arriba, se juntan por las terrazas, así que por favor, vosotras mirad que no pase esto, porque claro, eso no puede ser"; y nosotras: "Sí, hermana. Sí, hermana"*
- *Sí. Era un poco tenebroso. Siempre íbamos juntas. Entonces una noche... sentimos ruido, pero de eso de: "Que te levantes, joder...". Ruidos..., cosas un poco raras... Y ya las dos con más miedo..., a las tres de la mañana... Y sentíamos el ruido, y decías: "¿Qué pasa? ¿Vamos a avisar a la guardiana?"; ... Ahí nos ves a las dos bajar, ¿y a que no sabéis lo que era?*
- *El Ricardito, el celador con una tajada llevaba un cadáver y se le había caído, y entonces estaba: "Que te levantes. Que te levantes..."*

La ocupación primordial de las alumnas del GT2 era cubrir las necesidades básicas de los pacientes, aunque, en ocasiones, tenían dificultades para llevarlo a cabo porque las monjas guardaban bajo llave todo el material:

- *Eso sí, las necesidades primarias y básicas de los pacientes estaban perfectamente cubiertas: aseo, movilización a los que les dejaban mover, la cosa espiritual, la necesidad espiritual, ésa también la tenían muy apañada, y cumplir las medica..., no..., ¿cómo se dice?, que comieran, o sea, la comida, la bebida, la higiene, tal..., eso todo muy bien.*
- *Y un día yo me cargué el armario donde tenía cerrado todo, porque estaba el Ambú ahí adentro, y entonces un paciente empezó a convulsionar*
- *Sí, la verdad es que eso era... La sensación de ir a trabajar de tarde y quedarte sin sábanas, o sin cantidad de material, ¿no?*
- *Eso, sin comida, sin*
- *Era una cosa así establecida. Y luego pues eso, el que te contaban todas las cosas que había, desde las sábanas hasta los yogures de la nevera, que cerraban la nevera con candado.*

Los recuerdos del GT3 son más limitados y sin los problemas y dificultades de las anteriores, ni estaban solos ni era suya la responsabilidad del cuidado de los pacientes:

- *las primeras prácticas, la primera vez que pinché, eso sí, como recuerdos y el miedo que sentía en aquel momento a hacerlo mal, ¿no?, a pensar que podía llegar a hacer algo mal.*
- *Y luego bueno las prácticas, que me encantaron; la que más la de Urgencias. Tengo... Me acuerdo de todos los días, absolutamente todos los que estuve, incluso de los pacientes que tuve y las patologías de todos.*

A través de sus narraciones se observa la importancia que tuvo la práctica en la formación de las alumnas de las tres primeras promociones. Respecto a la formación teórica sólo las primeras se muestran satisfechas con ella, a pesar de que apenas la recibieron, pero el trabajo en la práctica debió ser un aprendizaje constante en el que se implicaron todos los responsables de organizar la CSV, en especial las enfermeras y los Jefes de Servicio, que entendían que para cuidar a los enfermos adecuadamente era necesario capacitar a las alumnas. Es una muestra de ello la publicación del libro de texto de Usandizaga, con contenidos mucho más amplios que los exigidos en ese momento para la formación de enfermeras, en el que participaron la mayoría de los Jefes de Servicio de la CSV.

¿Qué pasó después para que las dos siguientes promociones, del GT1 y GT2, apenas recuerden sobre la formación teórica más que anécdotas de algún profesor o de lo poco que aprendían y no se ponen de acuerdo sobre si tenían mucho o poco que estudiar? Continuaban disponiendo de un libro de texto actualizado, revisado y ampliado respecto a los contenidos exigidos legalmente que demostraban adquirir puesto que eran evaluadas externamente por un tribunal universitario que acreditaba que eran los adecuados. Sin embargo, era tanta la importancia de su trabajo para el funcionamiento del hospital, junto a la disciplina y el control que lo hacían posible, que se priorizó frente a los conocimientos teóricos que fueron relegados a algo secundario y, seguramente, poco cohesionado con la práctica. Además, estos conocimientos no eran propios y específicos ni permitían avanzar y desarrollar la práctica sino que respondían exclusivamente, a necesidades de los servicios médicos.

Por otra parte no disponían de un modelo de enfermera, no conocían lo que era ser una "buena enfermera", ¿solo ser disciplinada, dócil, obediente y trabajadora?; incluso Usandizaga afirmaba que para obtener un tipo elevado de graduadas era necesario que enfermeras competentes se encargasen de la formación práctica (Usandizaga, 1944) y no las había en la CSV. No lo eran las monjas de la EE que les daban unas pocas clases prácticas para que supieran realizar las tareas elementales y tampoco las del Hospital que no solían trabajar como enfermeras, muchas ni siquiera lo eran, y no prestaban cuidados a los pacientes sino que se ocupaban de vigilar a las alumnas para que su comportamiento fuera el adecuado y de la gestión de los escasos recursos de que disponían; tampoco lo eran los médicos, cuyas competencias eran diferentes y estaban en un nivel superior.

También es necesario tener en cuenta el cambio de orientación de la formación que supone el plan de estudios de ATS que pierde contenido enfermero, como se observa en el Manual de Usandizaga publicado en 1958, en el que ha desaparecido la asignatura de la Enfermera y, la de Técnica de Cuidado de los Enfermos, que era la más amplia, con 27 temas, queda reducida a 5 y pasa a denominarse Prácticas de Asistencia a los Enfermos. Por otra parte, la Patología se subdivide en múltiples asignaturas que, impartidas por profesorado diferente, perderían coherencia y continuidad.

De este modo perdieron las alumnas parte de la identidad y seguridad de la que gozaron al principio y no ganaron autonomía, ya que eran meras ejecutoras, sin discusión, de órdenes médicas, con iniciativa para realizar múltiples tareas delegadas y resolver problemas cotidianos y de intendencia, pero no para tomar decisiones profesionales porque ni estaban capacitadas para ello ni les estaba permitido, sólo podían realizar un duro trabajo en difíciles condiciones y sin tiempo para reflexionar y asimilar lo que estudiaban.

La EE debió de ser durante muchos años un tema de segundo orden para los responsables de la CSV, cuya única función consistía en suministrar mano de obra sin coste a una CSV con dificultades económicas que se convierten en angustiosas al final de la década de los cuarenta. En esta difícil situación, la marcha de Usandizaga a mitad de esta década tendrá también importantes repercusiones en el funcionamiento de la EE.

El equilibrio entre teoría y práctica y la recuperación de la confianza en las potencialidades de la EE y de la formación en ella no se producirá hasta que se convierta en universitaria, su organización y gestión tenga como meta la formación del alumnado y no las necesidades del Hospital.

8.3.4 Las relaciones.

Las alumnas de la primera promoción apenas recuerdan a sus compañeras de estudios, salvo a las que continuaron trabajando con ellas en la CSV, algunas de su promoción y otras de las siguientes. Para las GT1 fueron muy importantes, positivas, e inevitables porque compartían mucho tiempo y las mismas situaciones y dificultades:

- *Te tenías que llevar bien porque la única salida que tenías a todo eso era pues la complicidad de tus compañeras.*
- *Yo creo que sí, que la relación que teníamos lo primero..., con las de la habitación, con tus amigas..., porque al final la amistad que tenías mayor era con las que convivías, con las que dormías, y era tan grande, tan grande*

También en el GT3 el alumno y una de las alumnas tienen muy presentes a sus compañeros, algunos de los cuales siguen siendo amigos. La otra alumna, sin embargo, insiste sobre

la competitividad que percibió entre ellos; lo que podría estar relacionado con la importancia que tenía obtener buenas notas, ya que de su expediente académico podía depender que comenzasen a trabajar antes o tuviesen más posibilidades de elegir el lugar en que hacerlo:

- *pero algo que me llamó la atención fue la competitividad que tenían los alumnos entre ellos. No lo conocía y la gente era a ver quién sacaba más nota, siempre había mal ambiente entre la gente.*

Las alumnas de la primera promoción hablan sobre las enfermeras que había en la EE y en la CSV cuando ellas llegaron, que trabajaban con ellas y las enseñaban, y no manifiestan, como afirmaba otra alumna de esta primera promoción entrevistada por Salmón (Salmón Muñiz et al., 1991) que tuvieran con ellas relaciones conflictivas, ni que las trataran duramente o las ridiculizaran:

- A30 ¿os hablo de ellas, de las que fundaron? Bueno, pues eran, eran unas enfermeras estupendas, del Ruber, ¿se llama Ruber?, del Ruber de Madrid (SE REFIERE AL INSTITUTO RUBIO), *vinieron no sé si 3 ó 4 que las tenían allí porque tenían las mejores enfermeras y eran todas ya un poco mayores, veintitantos, treinta ¿eh? y la, y la que vino a fundar la, como la Superiora, pues era una, una médico que era de niños de Oviedo que valía muchísimo, era una puericultora estupenda, vino a fundar la*
- A30 ¡Ah!, *vino a fundar la, esta, como se llama, la Escuela, como si dijéramos la Superiora ¿no? que vino a fundarla y era, era maravillosa.*
- A30 Bueno, *pues después vinieron el resto*
- A30 Esas no, esas venían a mandar en Valdecilla, las Jefas nuestras, esa, esta M^a Luisa, Badiola, esta M^a Luisa Badiola era otra de las que venían para ocupar, para Jefes nuestras, *pa enseñarnos en los pabellones*
- A30 Como, como, como ahora las llamáis supervisoras o eso.
- E30 Teresa Junquera era la Directora de Valdecilla

Recuerdan que las enfermeras se fueron yendo cuando llegaron las monjas y relacionan su marcha con la crítica y el rechazo hacia su conducta, tanto personal como profesional. Por una parte, seguramente sus comportamientos diferían mucho de los habituales en las mujeres de la ciudad; por otra, es probable que interfirieran en las expectativas de noviazgo que las chicas de buena familia tenían puestas en los médicos que estaban llegando y, además, la clase médica santanderina, y con ella toda la sociedad, rechazaba que fueran enfermeras, en lugar de monjas, quienes organizaban los servicios del hospital y prestaban los cuidados a los pacientes, decisión que había apoyado el Marqués. Sin olvidar que todo ello ocurría en un contexto de dificultades económicas, de hostilidad generalizada hacia el proyecto de la CSV y de deterioro y enfermedad del Marqués:

- A30 El marqués es que no quería monjas porque yo oí una conversación una vez con él y la Superiora de que este señor tenía la mujer, que era cubana, y se le trastornó y la tuvo en un manicomio de monjas y creo que la trataron ... *que la trataron muy mal, sabiendo que eran monjas además ¿no? Y él quiso hacer la "eso" sin monjas*
- A30 yo llevaba dos meses con las enfermeras. Pues esta, es que na más entrar las monjas no se marcharon, se fueron marchando poco a poco, porque como las monjas, en realidad, alguna no eran enfermeras

- *A30 y ya con eso de que éramos todas unas fulanas consiguieron que volvieran las monjas, hablaron con la Marquesa y vinieron las monjas*
- *P30 porque ya te digo que es, que cuando estuvo la Srta. Junquera y la otra, esta, Mercedes Milá, pues faltaban sábanas, faltaban colchas, faltaba. Las enfermeras no tenían culpa, ni las alumnas tampoco pero la gente no sé cómo se arreglaban, si iban a ver a los enfermos y podían coger algo o... Yo sé que se habían, que faltaban muchas cosas.*
- *P30. Se quedaron, sí, se quedaron, se quedaron cuatro, se quedaron cuatro, dos hermanas por un lado y dos hermanas por otro*

Treinta años más tarde había en la CSV menos enfermeras "terminadas" que en los primeros años. Las alumnas del GT1 sólo recuerdan a una que estaba en quirófano y a alguna instrumentista que llevaban el Dr. Vélez y alguno de los médicos privados que operaban allí; pero éstas no eran personal de la CSV. Sin embargo debía haber alguna más en los Laboratorios y en la Consultas, entre ellas las dos de la primera promoción entrevistadas.

También las alumnas del GT2 afirman que apenas había enfermeras en el Hospital, aunque, como viven distintas fases de su renovación, su experiencia es diferente. La más joven recuerda, incluso, a la primera enfermera – instructora o monitora de prácticas - que hubo en la EE estando aun las monjas:

- *Llegó mucha gente nueva, joven, de otros sitios, todo nuevo, entonces tuvo que evolucionar muy deprisa porque la situación.*
- *En el hospital habría cuatro enfermeras o así, una en laboratorio, otra en quirófano y..., y tres más.*
- *Pero yo me acuerdo en 3º, cuando estaba en 3º ya hubo una monitora, una enfermera seglar con las monjas.*
- *Ese año; pero la verdad es que no sé si era... Vamos, era exactamente igual, incluso diría yo que en aquellas circunstancias hasta peor, porque vaya carácter que tenía... ¡me cago en la mar!*

Las alumnas dicen de las "monjas" - como siempre se denominó a las Hermanas de la Caridad – que se hicieron cargo del Hospital y de la EE al poco tiempo de llegar ellas y que se encargaron de dirigir y poner orden, a pesar de que muchas se hicieron enfermeras estando ya en la CSV. Una de las que trabajó siempre en la CSV hace un comentario mordaz sobre la Superiora:

- *A30 alguna no eran enfermeras, no eran enfermeras, aquí en la Casa hasta la Superiora se hizo, cogió el título de Valdecilla, de Valdecilla no, de la, de la Universidad sería, porque con nosotras, con nosotras no se examinaban, sino las examinaban aparte.*
- *A30 ellas (LAS ENFERMERAS) han sido las que nos han enseñao y nosotras a las monjas, porque venían, las monjas venían de alumnas pero se cogían las llaves, se cogían las llaves y mandaban y las estás enseñando tu porque eras una alumna que ya tenías un año más que ellas.*

- *A30 entonces ya con las monjas, yo bien, yo era, la Madre vio cómo era yo y no me ponía con hombres, no me ponía con hombres, “la Peque no”. Fíjate cómo sería y yo no me daba cuenta porque no era un cariño que yo veía de una persona que te quiere o de eso no, ella lo hacía sin decirme a mí nada, me protegía de todo pero sin decirme a mí nada.*
- *E30 Era de armas tomar, era de armas tomar (LA SUPERIORA)*
- *P30 Porque aunque ya digo que vinieron las monjas y las monjas, cada una, la colocaron en un, un, en una, en un pabellón, en una planta cada una, estaba en una planta y eran las que estaban de vigilancia para esto y para lo otro, para que las cosas funcionasen, para que no robasen*

El resto de las alumnas que convivieron con las monjas son mucho más críticas con la mayoría, tanto las de la EE como las del Hospital, representaban la disciplina a la que estaban sometidas y ejercían la autoridad y el control sobre ellas. Las del grupo GT1 hablan de dos de la EE afirmando que no las trataban bien y que eran muy duras con ellas, sobre todo una. Recuerdan algunas de las cosas que repetían reiteradamente a lo largo de los años:

- *Pues fíjate... Perdona, eran tres y nos tenían a ciento y pico más derechas que una vela*
- *Bueno, pero Sor Matilde era más simpática, más agradable. Sor María Antonia es que era un cardo borriquero la pobre.*
- *Pero en cambio en los viajes tanto de estudios como ..., cuando íbamos a ver hospitales, era la persona más afable, agradable, comprensiva, compañera que te puedes echar a la cara*
- *Lo de la enfermería os..., acordaros que les costaba muchísimo llevarse. O sea, si estabas mala pues oye, te aguantabas, pero si tenías un dolor aquí pues lo mismo, te tenías que apañar.*
- *No, pero Sor Matilde cuando le decías que estabas mala te cuidaba mucho*
- *Es más, venías de trabajar que te habías quedado hasta las diez y media de la noche por ayudar a la compañera que entraba de noche, porque dejabas un pabellón con muchísimo trabajo, y te echaban la bronca por llegar a las diez y media.*
- *Es que lo que te decían enseguida: “Si usted, señorita, no está contenta, ya sabe dónde está la puerta. Se va usted a su casa de usted”. O sea, eso era todos los días; o sea, nunca tenían la palabra de decir: “¡Qué bien lo has hecho! ¡Qué satisfecha...!”.*
- *“Usted no es indispensable. Usted no es indispensable...”; lo primero. Te hacían sentirte como una mierda... Eso es... Pero bueno, yo creo que esas cosas al final, cuando terminas, lo das el valor que tiene en su momento, y yo por supuesto lo sigo recordando pero no lo recuerdo mal.*

Tampoco recuerdan cosas buenas de la mayoría de las monjas del Hospital y sí los apodos con las que las denominaban, como la “Huevo frito”, la “Tocino”, la “Mon Dieu” o la “Chata” que fueron transmitiéndose de promoción en promoción:

- *Era muy buena, muy buena como enfermera, pero muy puñetera como persona, Sor Carmen.*
- *La Huevo Frito era malísima.*
- *Sor Julia*
- *Era muy retorcida.*
- *La Tocino era para echarla de comer aparte*
- *Ya sabéis que entonces para hacer una carrera lo mejor era meterse monja, porque hacías la carrera por el bóbilis vobiscum.*
- *Pero en cambio había algunas que eran muy buenas.*

También las alumnas del GT2 hablan de las monjas en el mismo sentido, duras con las alumnas, clasistas con los pacientes y siendo responsables de los pabellones sin estar capacitadas para ello porque muchas continuaban sin ser enfermeras. Explican también la rutina establecida cuando un enfermo se ponía mal, nunca se podía llamar al médico en primer lugar, sobre todo si era un interno:

- *Y trataban a los enfermos dependiendo del estatus que no sé qué*
- *Es que yo me acuerdo de una sor..., ¿cómo se llamaba? La... Una monja que era la directora de la Escuela.*
- *Pero ésa era como un teniente-coronel.*
- *Porque la monja controlaba la situación, y lo que controlaba..., lo más importante y fundamental cuando trabajabas.*
- *El almacén. Controlaba el almacén.*
- *Yo después... Después de tener de supervisora en un pabellón durante mucho tiempo puteándome a una monja, después..., que no era enfermera, claro, ...yo la tuve de alumna, cosa que me hizo mucha gracia.*
- *Pero luego de las más mayores y tal, cuando las cosas empezaron eso, a cambiar, y ellas perdieron poder, se pusieron a estudiar Enfermería realmente porque no tenían título ni habían estudiado; cosa que era curiosa*
- *Y que si un paciente se ponía enfermo*
- *Primero el sacerdote, a la monja de guardia y el último el médico, no te fueras a encontrar sola con el médico; y ese era el orden establecido.*

Para las alumnas de la primera promoción los Jefes de Servicio eran importantes, respetados y apreciados, eran pocos y casi todos se implicaron en su formación y en el funcionamiento de la CSV; hablan de ellos con frecuencia, en especial de Usandizaga y de aquellos con los que tuvieron más contacto. También las del GT1 recuerdan a algunos con cariño, como los Drs. Malo, Lamelas y Díaz Caneja, y, a otros, con desagrado:

- *¿Os acordáis cómo era Barón en quirófano, que temblaba todo el mundo?*

- *Temblar, temblar con el Dr. Vélez*
- *siendo yo de 3º, y estaba conmigo una alumna de 1º, ¿no?, conmigo. La humilló. Yo no pude por... O sea, no pude callarme y salté, eso desde luego. Resulta que vamos a una habitación a ver a un paciente suyo, ¿no?, y entonces bueno, nosotras muy educadamente, las monjas nos enseñaron que había que dejar pasar en la puerta primero a los médicos, y nosotros las últimas, pero él educadamente hasta cierta parte, me manda pasar a mí, que soy de 3º, y lógicamente la alumna de 1º*
- *va detrás de mí, por educación. Pues la dijo: "No, señorita. Cuando usted sea de 3º pasará delante de mí, mientras pasa la última".*

Los otros dos grupos mantuvieron relaciones distantes, o ninguna, con los Jefes de Servicio. Cuando estudiaron las alumnas del GT2 es probable que hubiera más médicos, que la relación fuera más distante y que los Jefes de Servicio apenas participaran en su formación que dejarían en manos de los internos. En el caso del GT3, la participación de médicos en su formación lo ha sido por su condición de profesor de la Universidad y la relación en las prácticas es distante y esporádica, seguramente más frecuente con residentes que con jefes, y producirse acompañando a profesionales enfermeros de la unidad en la que realizan las prácticas.

La CSV fue también desde el comienzo un centro de formación de médicos, a los que se denominaba internos, con los que las alumnas de la primera promoción apenas tuvieron relación porque lo impedía la disciplina de la EE:

- *P30. Pues ellos estaban a lo suyo y nosotras a lo nuestro y la, la que les sonreía o les hacía alguna eso, en seguida boleta (GESTO DE IRSE)*

Aunque la disciplina y el control de las monjas continuaba siendo el mismo, las alumnas del GT1 sí se relacionaban con los internos - mayoritariamente varones, aunque desde 1963 pudieron incorporarse también mujeres - a escondidas en la CSV y, sin esconderse en la calle; eran frecuentes los noviazgos y las relaciones de todo tipo entre unos y otras, como relatan:

- *Mira, yo recuerdo que en la promoción de Marigel y mía entramos más de la mitad del curso con novio, y el mismo novio que entramos, si salimos ella y yo como dos tontas, el resto ni una*
- *Todos los veranos se rompía, y la culpa la tenían los señores internos de entonces.*
- *Hombre, había gente que se lo pasó muy bien.*

Para las alumnas del GT2 ya no existían los internos, todos eran médicos a los que era obligatorio respetar, aunque eran los últimos a los que se llamaba, y no mantener con ellos más que relaciones exclusivamente profesionales y fue lo que hicieron:

- *Y si la cosa era muy grave, la monja, el cura y el médico el último.*
- *Que no se te podía ocurrir pasar por una puerta delante de ellos. Vamos..., sacrilegio.*

La mayoría de las entrevistadas manifiestan que fueron muy importantes y positivas las relaciones con sus compañeras por el mucho tiempo y las dificultades que compartían, aunque las primeras recuerdan más a aquellas con las que continuaron trabajando en la CSV y una alumna del GT3 se refiere a la competitividad que había, posiblemente relacionada con la importancia del expediente académico para el trabajo futuro. También las alumnas de la

primera promoción recuerdan y hablan con respeto de las enfermeras que había en la CSV cuando ellas llegaron y de los Jefes de los distintos servicios. Son, sin embargo, las monjas y las difíciles relaciones que mantuvieron con ellas, a las que más se refieren todas las alumnas que las conocieron, en especial las de los dos grupos GT1 y GT2.

Las monjas estaban en todos los lugares, en la Residencia, en las clases, en el comedor y en el hospital y lo fiscalizaban todo. Además, todas las alumnas hablan de que muchas no eran enfermeras y que se formaron al mismo tiempo que ellas aunque para algunas no está claro dónde se examinaban y obtenían el título, lo que evidencia que, salvo excepciones, no las consideraban enfermeras, o buenas enfermeras, sino vigilantes de todo lo que hacían y encargadas de hacerles cumplir las normas establecidas. Manifiestan, también, que las trataban mal, que nunca tenían para ellas una palabra amable ni reconocían las cosas que hacían bien, que establecían diferencias con los pacientes en función de su clase y que ni les enseñaban ni les dejaban hacer bien su trabajo porque guardaban bajo llave todo el material, incluso el de urgencia.

8.3.5 La trayectoria y experiencia profesional.

Las tres alumnas de la primera promoción desarrollaron su actividad profesional en la CSV, dos de ellas durante toda su vida laboral y, la tercera, que realizó la especialidad de Laboratorio, solamente hasta 1941, en que, por su matrimonio, tuvo que abandonar la "Casa" y la profesión.

Al principio vivían en el pabellón 14-3º, después las pasaron al pabellón 15 o al 16 y, finalmente, al nuevo edificio de la EE actual. Afirman que estaban bien pagadas y que, del sueldo que cobraban, les descontaban la comida. Recuerdan con satisfacción su larga actividad profesional, sobre todo Ascensión y Emilia, que no tenían interés en abandonar cuando tuvieron que jubilarse:

- *A30 Yo llevaba el pabellón, la consulta, los rayos, de niños.*
- *A30 ¡Ay mucho!, yo he disfrutado mucho en mi trabajo y en Valdecilla, para mí ha sido mi casa desde 17 hasta los 70*
- *E30 Con el Dr. Navarro, tenía el Laboratorio de Dermatología y Sifilografía*
- *E30 Cuando fue eso nos dijeron que había que jubilarse*
- *E30 Si no yo creo que todavía estoy trabajando.*
- *E30 Pues que me gustaba mucho lo de la Enfermería.*

También ellas dos comentan aspectos de su vida personal que estuvo centrada por completo en su profesión:

- *A30 Sí, tuve uno, un vasco, sí, se marchó, era un externo pero era mucho y, además era un de la familia, de los que apoyaba mucho D. Guillermo y era muy majo, muy buen médico ... Y a la hora de marcharse fue allí, a decirme que quería salir conmigo, que se quería casar, pero me pescó tan, tan.*
- *A30 Sorpresa, me pescó, que me vino a la imaginación que tenía que dejar aquello y aquellos niños tan malines y tan mal que no le contesté y me marché y cuando ya iba por el pasillo me dijo: cuando sea mayor se va a acordar y ¡ya lo creo que me acuerdo! (RISAS), bueno, ese y otros.*

- *A30 y me voy contentísima de mi vida, aunque no me hay casado y aunque no haya tenido, sí he tenido hijos, muchos, muchos, han sido todos mis niños, han sido mis niños.*
- *E30 No he sido yo muy adicta a novios y cosas de esas, vamos, algún pretendiente y eso, pero, en fin, no.*

Para Ascensión, sin embargo, Valdecilla ya no es lo que ella conoció y donde se desarrolló profesionalmente:

- *A30 No, ya no es Valdecilla, es que ya no es, hija, le llaman Valdecilla porque les da bombo, pero no más. Nosotros se lo hemos dado, los médicos, las enfermeras*

Las alumnas del GT1 trabajaron, también, en este Hospital hasta su jubilación, aunque una de ellas inició su vida profesional en Madrid. Hablan, sobre todo, de los cambios experimentados, tanto en la Enfermería como en la asistencia sanitaria especializada, que ha sido siempre su lugar de trabajo, y del fin de su vida profesional:

- *Yo he conocido pues eso, que los niños se nos morían, que tal, que no había respiradores, que no había nada; y ahora estamos.*
- *Bueno, yo por ejemplo esas cosas así tan ...(¿) no las veo evolución, porque cuando dicen: "Es que ahora salen los niños de tantas semanas"; decía: "¿Pero cómo salen?".*
- *Pero tú hablas de niños, yo hablo de infartos, que antes los infartos se te morían un tanto por ciento muy elevado, en cambio ahora con las técnicas nuevas es que es muy difícil.*
- *Hay un encarnizamiento*
- *Y es más, y me he jubilado y me he jubilado con pena... . Yo si no fuera por mis piernas seguiría, me hubiera gustado seguir trabajando una temporada más.*
- *No. Yo no.*
- *Pues a mí los dos últimos años me costaron.*

También las alumnas del GT2 hablan sobre su evolución profesional y expectativas, ya que la profesión forma parte de su presente, afirmando que aquéllas están muy influenciadas por la situación profesional y personal que viven en el momento de la entrevista:

- *y luego profesionalmente la verdad es que he estado muy bien en todos los sitios donde he estado. ... ha ido evolucionando mi idea de lo que era la enfermería. ... Mi educación había sido siempre para ser una enfermera de hospital, y sin embargo bueno, sí que es verdad que después se me han abierto muchos más campos, ... Yo estoy muy contenta de ser enfermera.*
- *durante años me he movido y me he cambiado mucho de trabajo, he hecho bastantes cosas, pero luego ya he terminado enfocando las cosas hacia la primaria y allí llevo veinte..., veintiún años trabajando, y pues no sé..., creía que la enfermería ahí tenía un campo muy grande donde desarrollarse, y en este momento lo vivo como con bastante frustración; ... yo en este momento estoy cansada; cansada de ser enfermera, de ser cuidadora.*
- *yo me siento una privilegiada del servicio en el que estoy*

Pero ellas ya no hablan de Valdecilla, del Hospital, sino de aspectos más generales de la atención a la salud, ya que interviene, sobre todo, la que desarrolla su trabajo en Atención Primaria, cuya visión del sistema sanitario y de las necesidades de los usuarios es más global y crítica:

- *En este momento las cosas están bastante mal. O sea, hay mucha gente..., mucha gente pasando mucho dolor, mucha ansiedad, mucha espera para todo, y eso es enfermedad. Y luego hay un porcentaje enorme de servicios hospitalarios súper especializados generando patología.*
- *Nunca se ha sentido mejor la gente... Hoy tenemos una Sanidad y tal, pero nunca van..., nunca han ido más al médico y nunca... Todos están enfermos de algo; entonces dices: ¿qué esto, esta paradoja? ..., porque hay encuestas de estas del estado de salud, y la gente se encuentra..., o sea, contesta que se encuentra bien; pero por otro lado todo el mundo está enfermo de algo. Entonces eso digamos es un poco ficticio*

Los alumnos del GT3, también se refieren a su corta, aunque amplia, experiencia profesional, al momento actual, del que se muestran satisfechos, y a las expectativas que tienen para el futuro. Hablan más que nada sobre el desarrollo profesional y la disciplina enfermera:

- *La visión que yo tengo eso, de la Enfermería antes era muy limitada; yo creo que se centraba únicamente y exclusivamente en el hospital y sin embargo pues bueno, me doy cuenta en este momento que bueno, hay muchísimos más campos abiertos que desconozco y que creo que la sociedad desconoce.*
- *Sí que es cierto que no me quiero quedar ahí, y por eso estoy también en la Escuela dando docencia, y ahora abriéndome camino como puedo en el tema de la investigación, intentando hacer la tesis y demás. Pero yo por ahora estoy contenta, contenta porque puedo hacer todo..., puedo tocar todo los campos que tiene la Enfermería*
- *vamos, mi evolución ha ido..., he pasado de la aparte asistencial a después a la investigación, y en este momento estoy haciendo..., compatibilizando la investigación con la docencia, y bueno, en principio yo creo que ha sido los pasos que me hacen ver que donde estoy..., y estoy en el sitio donde me gusta estar.*
- *H- Para mí mi experiencia profesional ha sido dura en muchos..., porque no he tenido en prácticamente ningún momento un trabajo estable, o una estabilidad. Me he movido mucho, cosa que también ha sido positiva porque he aprendido muchas cosas, he contactado con muchos ámbitos, y eso ha sido duro.*
- *H- creo que la investigación es una cosa importantísima para la Enfermería.*

8.3.6. El presente y el futuro de la Enfermería.

Todos los estudiantes entrevistados ven, a través de manifestaciones diferentes, una profesión en crisis y con un futuro incierto. También difiere su análisis sobre las causas y factores que pueden favorecer o dificultar el desarrollo de la disciplina y de la profesión y el sentido y la orientación que debe tener. Una de las enfermeras de la primera promoción percibe unas buenas expectativas profesionales, sólo que tanto las enfermeras como los hospitales ya no son los mismos que ella conoció. Éstos con tanta tecnología diagnóstica y terapéutica echan a

los pacientes y, las enfermeras, ya sólo se ocupan de los aparatos:

- *A30 No, no, no, no, no, son buenas, son estupendas pero es que la vida ha avanzado tanto y es tan moderna que no es la enfermera del enfermo, porque el enfermo, si tampoco le ingresan tanto, porque con esos aparatos a veces le mandan pa casa y recién operado le mandan pa casa.*
- *A30 Si se están quedando sólo con aparatos y luego van a casa y vienen y van y se mueren en casa, porque se mueren en casa.*
- *A30 Pero ¡demonio, que cambio es ese! Aquello de los pobres enfermos que les ayudábamos hasta a morir ¡eh!*

También las enfermeras del GT1 ven a la profesión desde su medio de precedencia que es el hospital y les preocupa la formación continua que se necesita para manejar tanta tecnología, a pesar de que les parece bien que la formación se amplíe. Sus opiniones sobre cómo se valora la profesión, o si es más o menos autónoma que hace un tiempo, son contradictorias y responsabilizan de la situación a la gestión que se hace en las instituciones. Sin embargo, piensan que la profesión está bien valorada socialmente:

- *lo que hay que hacer es reciclarse mucho para ponerse al día de todas las técnicas nuevas que están saliendo; ... Pero en cambio yo lo que sí veo en Enfermería, y eso lo he dicho cuando me he jubilado a mis superiores, es que me da pena que lo poco que se le está valorando, lo poco que se le está estimulando y lo mucho que se está machacando.*
- *Es que ahora mismo estamos en un retroceso.*
- *A mí me parece que hubo un tiempo donde la Enfermería funcionó.*
- *O sea, teníamos nuestro Departamento de Enfermería y el Médico, y había una independencia y tal; y ahora no. Ahora estamos otra vez supeditados a los médicos.*
- *No. Yo no veo que se esté supeditado...*
- *Lo que yo veo es que en un Departamento de equis número de personas hay muchísimas Jefaturas de Enfermería. ... Entonces desde los despachos no se gobierna un Servicio ni se dirige un Servicio; el Servicio se dirige desde dentro.*
- *Claro, es que aquí somos chicas todoterreno, que es lo que nos dice la Dirección: somos polivalentes*
- *O sea, los que están mandando ahora pues ponen a quien a ellos les parece ahí, y éstos siguen un sistema; y luego volviendo... Y entonces no importa la medicina, ni importan los enfermos, ni importa... O sea, no importa nada.*
- *A nivel de calle, a nivel social yo pienso que sí, que una enfermera en estos momentos está bien considerada.*
- *Los cuatro años... Pues oye, a mí todo lo que sea formación me parece bien*

Las alumnas del GT2 perciben a la profesión desde dos ámbitos diferentes, la atención primaria y la especializada, y sus opiniones sobre ella tampoco coinciden, alguien la ve estancada, sin competencias definidas y con un desarrollo profesional limitado por el sistema y otra

que ha cambiado mucho en poco tiempo y que tiene un gran futuro; también muestran desacuerdo sobre el reconocimiento social de la profesión. Manifiestan que hay un amplio abanico profesional que va desde los que desempeñan exclusivamente un papel de colaboración y auxiliar del médico a los que sólo se ocupan del rol autónomo que identifican con el olvido de los cuidados. Estas distintas percepciones, sin duda, están relacionadas con el ámbito y la situación profesional de cada una de ellas:

- *yo creo que la enfermería está ahora estancada en una posición social poco clara*
- *y a mí me parece sobre todo eso, que el rol de la enfermería, ese rol autónomo de enfermería no se ha desarrollado nada en primaria.*
- *Es como si hubieran pasado de estar..., de haber sido una profesión en la que íbamos siempre detrás de..., sin tener una autonomía, sin poder acceder a nada, sin poder acceder a estudiar, a seguirte preparando, a investigar....; bueno, sin poder acceder a la biblioteca, como hasta hace pocos años no hemos podido hacer, ¿no? Sin embargo ahora yo creo que hay veces que nos hemos salido un poco del... Que nos hemos puesto en otro extremo, ... O no sé, que me parece que igual se nos ha ido en cierta forma de las manos,*
- *Pero ese avance en esa línea que tú apuntas curiosamente tiene el otro lado, y coexisten a siete metros de distancia.*
- *Entonces es muy variado el desarrollo profesional*
- *Me parece que el Sistema desperdicia..., desperdicia muchísimas energías de todos los profesionales*
- *Entonces yo la impresión que tengo es de que nos tienen entretenidos perdiendo el tiempo..., es decir, porque ya vale, ¿no?, vamos a emplearnos en lo que nos toca, que es que la atención a los pacientes mejore.*
- *Cuando fui a trabajar a primaria los enfermos decían: "¿Es usted la enfermera del Doctor...?"; y yo decía: "No, no. Yo soy su enfermera. Él está bien, no necesita enfermera". Y no entendían nada. Miraban como diciendo: "Esta tía está tonta"; o sea... Eso lo hice durante igual dos años, al principio, ¿no? ... pero ahora que he cambiado de cupo ... pues vuelvo a hacer lo mismo y vuelven a decir: "¿Es usted la enfermera del Doctor...?"; digo: "No, no. Yo no soy la enfermera de él, soy su enfermera". "Ya, ¿pero usted no trabaja con él?". Digo: "No, no; yo trabajo aquí en esta consulta, sola". No entienden nada y han pasado 22 años.*
- *Entonces, eso yo es lo que digo: ¿Qué hacemos, que no cambia nada?. A cambio de eso hay pacientes que si les dan de alta del hospital y lo primero que toman contacto es con la enfermera de..., y tú les comentas el primer momento este que llegan a casa y no saben muy bien qué hacer, tal, a partir de ese momento adquieres otro estatus para ese paciente.*
- *Hombre, yo el futuro sí le veo bien, la verdad. Me parece que... yo creo que se han conseguido muchísimas cosas...; a mí sí me parece que ha evolucionado rápidamente, y bueno, y bien. ... A mí me gustaría que no se olvidara un poco la base, ¿no?, de..., de los cuidados de enfermería, de*

- *Entonces en ese mogollón en el que estamos no hemos adquirido una posición firme ni en los servicios sociales, ni en el cuidado de ancianos, ni en un rol claro en la primaria, ni en el hospital*
- *Entonces yo el futuro le veo empantanado. La otra línea es ésta, es: ahora con los cuatro años de formación, el título de grado, el máster, el este..., ¿van a tener otras competencias laborales estos profesionales el día que se incorporen?*

El GT3 también percibe la existencia de distintos tipos de profesionales que dan lugar a distintas concepciones de la profesión y de la disciplina enfermeras, aunque afirman que el que esto sea así no depende sólo de la diferente formación que han recibido, de ATS o Diplomados, sino del interés y la responsabilidad con que se asume la profesión. Por este motivo centran su análisis y sus propuestas en el propio colectivo enfermero aunque también perciben que las instituciones sanitarias no lo favorecen. Ven posibilidades de desarrollo disciplinar y profesional pero sólo se producirá en la medida en que los propios enfermeros se preocupen de conseguirlo, por tanto perciben un futuro es incierto:

- *H. Creo que ahora con el Grado es importante porque nos vamos a formar, lo que no estoy seguro es que..., si nos estamos dando cuenta todos los profesionales de enfermería, es una oportunidad cara a nuestro desarrollo profesional.*
- *“¿Pero no va a cambiar?”; pero es verdad que todo el mundo piensa así, que el único que tiene responsabilidad o que toma decisiones es el médico, ...; pero no una visión de equipo ni de lo que hace cada uno, ni mucho menos. Y la enfermera, eso, es un mero ayudante del médico.*
- *H- Sí, lo de contemplar a la Enfermería como una profesión independiente...*
- *Yo creo que hay de todo, hay gente mayor muy bien formada que sigue haciendo cursos, que sigue haciendo muchísimas cosas, ... y sigue formándose. ¿Por qué? Porque le gusta su profesión*
- *H- Es que ahí está el concepto: ¿qué es para ti ser buen profesional?*
- *Entonces yo creo que no es la formación universitaria, sino que depende de eso, de cómo veas tú la profesión y de si quieres mejorar, o lo haces por hacer y por cumplir tu hora de trabajo e irte a casa y ya está.*
- *Luego por ejemplo en cuanto a la evolución yo tengo compañeras que no ven bien eso, que una persona joven como yo pueda estar en la docencia, que luego también quiera investigar...; como que nosotros mismos somos los que nos paramos los pies los unos a los otros ... Yo ahora mismo estoy un poco como bloqueada en eso, que no veo hacia dónde va la Enfermería, si se está planteando bien o no.*
- *H- Lo que me parece un fracaso en cuanto a la aplicación de la carrera profesional ha sido que no premia la formación, no premia la investigación, no premian el buen el trabajo, el trabajo con calidad, sino que lo que premian es los años que llevas trabajando..., ha frenado la motivación por seguir desarrollándote como un buen profesional*

- *H- Porque es una profesión joven que cada pocos años hemos tenido unas formaciones muy diferentes, ... Y hasta que no lleguemos a tener todos una mente enjambre o una filosofía común va a ser difícil que seamos una profesión corporativista, una profesión cooperativa y no competitiva, que no investiguemos solo por competencia cara a tus compañeros, sino por hacer rica tu profesión.*
- *H- Pero creo que ahora estamos en una oportunidad para ir hacia delante o para ir hacia atrás. Creo que estamos en arenas movedizas, que estamos todos muy ilusionados; pero si no trabajamos y si no estamos realmente convencidos de lo que nos jugamos no vamos a llegar a nada, todo lo contrario, vamos a retroceder.*
- *Entonces yo el futuro sí que le veo un poco ahí en interrogantes.*
- *Yo el futuro le veo muy, muy lejano que se amplíe. De momento le veo bastante estancado.*

8.3.7. Las connotaciones de género en la Enfermería.

Las diferencias y desigualdades de género están presentes a lo largo de todo el desarrollo profesional enfermero, pero son las promociones más recientes las que las perciben en varias dimensiones, coincidiendo en su influencia en el tipo de trabajos que desempeñan y en los puestos que ocupan unas y otros.

Las alumnas del GT2 no observan que enfermeras y enfermeros presten cuidados y atiendan a las personas de forma distinta aunque, como la presencia de hombres en la profesión es escasa, y menor en la atención directa a las personas, los usuarios continúan identificando a los enfermeros como médicos:

- *Bueno, igual hablo porque mayoritariamente sigue siendo una profesión femenina, ¿no? Pero yo creo que bueno, que como en todas las profesiones la mujer va a tirar para adelante con esta profesión, y creo que va a hacer cosas...*
- *Y entonces los pacientes siguen viendo a pocos, a pocos hombres; y les sigue chocando por eso, porque ven pocos, y ellos se siguen dedicando a otras cosas*
- *En atención al paciente no hay diferencia entre el trato de unas y de otros.*
- *Sí, pero tienden a llamar enfermera a la chica, a la mujer.*

Los estudiantes del GT3 manifiestan múltiples diferencias de género en las actitudes y comportamientos, en el modo en que se desarrolla la actividad profesional y en la carrera profesional que realizan unas y otros. Esta mayor percepción de las diferencias de género está relacionada no sólo con la presencia que tiene este tema en la sociedad actual sino con su existencia y permanencia a lo largo de la historia de la enfermería y de las profesiones sanitarias. Las mujeres enfermeras, a las que en algunos aspectos representan las alumnas entrevistadas, continúan manifestando actitudes y cualidades tradicionalmente femeninas, de dependencia y supeditación al superior-médico-hombre y de dedicación al paciente; en cambio, los hombres enfermeros son más autónomos e independientes no porque entiendan la profesión de forma diferente sino porque asumen ese papel tradicionalmente masculino, además apenas ocupan puestos de atención directa a los pacientes, sino técnicos y de gestión, no sólo porque se consideren más capaces y estén interesados en ocuparlos sino porque las mujeres renuncian a ellos, a veces voluntariamente porque se consideran menos aptas y, otras muchas,

porque la mayor dedicación que suelen exigir entra en conflicto con las responsabilidades personales que asumen tradicionalmente como mujeres. El alumno también manifiesta que continúa existiendo una percepción social negativa hacia el hecho de ser enfermero que se suele identificar con pocas aptitudes, porque se entiende que si se tienen se debe ser médico:

- *H. Bueno, también va por géneros. ... las mujeres tienen eso, la visión de supeditación al médico, ... los hombres tienen una mayor resistencia ... pero bueno, un poco por esto de la hombría, de “no me voy a supeditar”, pero no por la independencia propia que te tiene que dar la profesión, ... También introducen cuestiones de..., pues de aprecio por el paciente, de cercanía, de cuidados, ¿no?, de todo lo que se dice “cuidados”, todo lo que abarca esa palabra.*
- *H-Bueno, esto de ser hombre y ser enfermero sobre todo hace unos años..., ahora yo creo que cada vez se lleva mejor, o yo estoy más acostumbrado también;*
- *H- Bueno, también va por géneros. ... las mujeres tienen eso, la visión de supeditación al médico, de tecnificación..., un poco lo que dicen las siglas de ATS, ¿no?, Ayudante Técnico Sanitario; y los hombres..., los hombres tienen una mayor resistencia y se centran sobre todo en las técnicas*
- *si tú te fijas en el organigrama del hospital, de jerarquía, ¿qué género es el que abunda más? ... pero hay muchos más hombres pero porque yo creo que son capaces de no llevarse tanto por la envidia o por las amistades y son más objetivos que la mujer. ... no es porque pueda echar piedras sobre nosotras, pero es que creo que lo hacen muchísimo mejor porque están a lo que realmente tiene que estar. ... Y por eso también luego veo que es una profesión que nunca se llega al acuerdo, que hay más problemas, pues pienso: “será porque las mujeres somos diferentes y le damos vueltas a todo, todo lo tergiversamos, sacamos cosas después de cinco años cuando no tienes que sacarlo”.*
- *H- Yo no diría que las mujeres son más malas. Yo lo que diría es que culturalmente por las circunstancias, ... La mujer era la encargada de la protección de la familia, la principal encargada. Entonces para proteger a tu familia todo vale. ... También por otro lado la mujer siempre es la figura dependiente del hombre, esa figura que siempre ha estado por encima. Y en Enfermería yo creo que nos ha pasado que hemos equiparado la medicina con el estereotipo masculino y la enfermería con el estereotipo femenino. Y se han equiparado todos esos roles que dan el género, se han equiparado al rol profesional. ... Pero bueno, creo que las cosas están evolucionando también, está cambiando las cosas.*
- *Quizás la sociedad hace que la mujer no pueda estar en puestos de responsabilidad. El cuidado de los hijos y determinadas situaciones personales a un hombre no le implican tanto como una mujer.*
- *Yo lo que quería decir es que cuando a una enfermera le han puesto la responsabilidad, ser hombre o ser mujer determina si puedes coger o no ese puesto. ... Y si eso supone dedicar más horas, diez horas a un trabajo, posiblemente se lo piense más que un hombre.*
- *Yo creo que el enfermero como tal, el género del enfermero no va a determinarlo, sin embargo el usuario del servicio sí va a tener una perspectiva completamente diferente.*

- *H- si demuestras que tienes conocimientos, que sabes, que dominas tu trabajo, o te confunden con un médico o te dicen..., o te dicen: "¿Y por qué no has estudiado Medicina? Si tú eres muy listuco, tal..."*.

8.4. ¿CÓMO HABLAN?: INTERPRETACIÓN, FUNCIÓN METALINGÜÍSTICA, METÁFORAS

Cómo expresa la gente sus significados por medio del lenguaje es algo que se puede mirar desde una gran variedad de perspectivas complementarias. Es posible, por ejemplo, examinar cómo se usa el lenguaje de modo figurado (Coffey & Atkinson, 2005), p 115.

Una vez analizado el contenido de los relatos de las alumnas exploraremos, también, el uso figurativo y especializado que hacen del lenguaje y su estandarización en el medio que describen y, a través del cual, no sólo explican, justifican, legitiman o excusan sus propias acciones, dependiendo de su posición en el contexto, sino que, al mismo tiempo, las ubican y evalúan en marcos de referencia particulares para producir construcciones verosímiles y coherentes de sus experiencias en el mundo (Coffey & Atkinson, 2005). De este modo, sus narraciones ofrecen nuevos ingredientes, otras perspectivas e interpretaciones que facilitarán una más amplia y profunda aproximación al conocimiento de las características y evolución de la EE.

La utilización de símbolos, metáforas o imágenes para expresar lo que se trata de decir aporta otra mirada complementaria, ilustra el pensamiento y el discurso de quien habla, permite explorar nuevos campos y aprender diferentes significados que expresan valores específicos, identidades colectivas, conocimiento, vocabulario y significados comunes y compartidos (Coffey & Atkinson, 2005). Aspectos que, por otra parte, no son fáciles de percibir por quien, como la autora de esta tesis, está impregnada de la cultura de estas instituciones, de la sociedad en la que se desarrollan y de la profesión enfermera.

Las alumnas entrevistadas dan cuenta, a través de metáforas, símbolos, jergas y lenguaje coloquial, no sólo de su experiencia en la EE, en especial de los papeles que desempeñaron los principales protagonistas de la formación y de las dificultades y carencias del aprendizaje, sino también de los intereses y la cultura de la CSV, de la identidad profesional o de aspectos socioeconómicos y culturales del momento que les tocó vivir. Algunas de ellas se comparten a lo largo de las distintas promociones; otras son específicas de alguna de ellas.

Así, manifiestan en las entrevistas algunos postulados y actitudes sociales y morales de la época, como la influencia de la religión o la importancia del recato y el pudor en las mujeres que determinaba, incluso, la formación que recibieron:

para que no viera a los hombres desnudos (Entrevista A30), p. 11.

me tuvo como una niña (Entrevista A30), p. 11.

Saben más, ..., de la vida (Entrevista A30), p. 20.

pues éramos unas niñas (Entrevista A30), p. 25.

todo era pecado (Entrevista A30), p. 25.

Muestran también aspectos relativos a la situación socioeconómica y al papel que desempeñaban las mujeres de la época a través de las cuales se observan rasgos de identidad y diferencias en todos los aspectos de la vida. También las mujeres experimentaban esas diferencias, en función de su clase de procedencia, aunque compartían el objetivo final de conseguir marido

y formar una familia en la que desarrollar sus capacidades innatas; entre tanto estudiaban poco y, seguramente, trabajaban desde muy temprana edad y las otras hacían piano y aspiraban a casarse con alguno de los médicos que venían a la CSV. A casi ninguna, sin embargo, le estaba permitido convertirse en personas independientes y gestoras de su propia vida:

las chicas de Santander que vivían bien (Entrevista A30), p. 2.

las ricas hacían piano (Entrevista A30), p. 5.

había poquísimas con carrera (Entrevista A30), p. 5.

de buena familia (Entrevista A30), p. 29.

Hijas de pobres (Entrevista A30), p. 29.

Esas pobres infelices de los obreros (Entrevista A30), p. 29.

se iban a casar todas con médicos (Entrevista A30), p. 29.

el pollo lo comían los ricos (Entrevista A30), p. 34.

Reflejan la percepción social negativa que sobre la Enfermería se tenía en Santander, que dificultó la consecución de alumnas durante los primeros años de la EE y que no parece que fuera extensiva a otras regiones del país, a juzgar por la procedencia social de muchas de las alumnas. Esta idea debía ser conocida, o compartida, por el Marqués, quien pretendía que estudiaran en la EE las hijas de los obreros y empleados:

ninguna se ofrecía (Entrevista A30), p. 2.

era poco pa ellas (Entrevista A30), p. 2.

como una criada (Entrevista A30), p. 2.

venían con sombreros y todo (Entrevista A30), p. 8.

pa que tengan una carrera (Entrevista A30), p. 27.

éramos todas unas fulanas (Entrevista A30), p. 29.

nos liábamos con los médicos (Entrevista A30), p. 29.

nos venían hijas de médicos (Entrevista A30), p. 29.

nos venían gente de mucha categoría (Entrevista A30), p. 29.

muy bien arregladas y que podían alternar (Entrevista A30), p. 29.

En todos los grupos entrevistados se manifiestan roles de género, aunque con matices y perspectivas diferentes. En los más antiguos se perciben a través de la escasa formación y expectativas de las mujeres que, como hemos visto, disponían de pocos estudios y aspiraban, en función de su clase de procedencia, a casarse o a ser enfermeras, si eran afortunadas. Éstas se ocupaban de cuidar a los pacientes, de mantener el funcionamiento del hospital y de enseñar la práctica; porque la teoría, que implicaba un mayor conocimiento, fue impartida, exclusivamente, por los médicos durante mucho tiempo. Las dos últimas promociones expresan, también, diferencias en los papeles que desempeñan hombres y mujeres en el ámbito profesional, en el que, a pesar de los más

de treinta años de coexistencia de ambos sexos, continúa siendo baja la proporción de enfermeros que se dedican al cuidado directo de pacientes y usuarios, quienes, en muchas ocasiones, los identifican como médicos, a pesar de la gran feminización que existe actualmente en esta profesión:

Nos daban apuntes ellos, los Jefes (Entrevista A30), p. 11.

casi todos catedráticos (A30), p. 11.

están ..., pues en cargos..., a gestión y a esas cosas (Grupo triangular GT2), p. 47.

son más objetivos que la mujer (Grupo triangular GT3), p. 17.

están a lo que realmente tiene que estar (Grupo triangular GT3), p. 17.

la mujer no pueda estar en puestos de responsabilidad (Grupo triangular GT3), p. 17.

Él se llama enfermera; dice: "yo soy la enfermera" cosas (Grupo triangular GT2), p. 51.

un punto de vista siempre bastante más simplificador de las cosas cosas (Grupo triangular GT2), p. 49.

tienden a llamar enfermera a la chica, a la mujer cosas (Grupo triangular GT2), p. 50.

la medicina con el estereotipo masculino y la enfermería con el estereotipo femenino (Grupo triangular GT3), p. 18.

Aunque las monjas también eran mujeres, pertenecían a otra categoría. Eran la jerarquía, la autoridad, ejercían el poder y el control de las alumnas en todos los ámbitos de su vida en la EE. Por este motivo, las alumnas de las tres primeras promociones, hablan ampliamente sobre ellas, utilizando todo tipo de calificativos:

cogían las llaves y mandaban (Entrevista A30), p. 29.

era de armas tomar (Entrevista E30), p. 9.

era la mandamás (Entrevista E30), p. 13.

Era lista como ella sola (Grupo triangular GT1), p. 26.

más derechas que una vela (Grupo triangular GT1), p. 18.

eran demasiado rígidas (Grupo triangular GT1), p. 28.

había una monja que era medio normal (Grupo triangular GT1), p. 5.

era mala como un dolor (Grupo triangular GT1), p. 8.

la salida era poner a las monjas verdes (Grupo triangular GT1), p. 37.

era para echarla de comer aparte (Grupo triangular GT1), p. 49

lo clasistas que pueden ser las monjitas cosas (Grupo triangular GT2), p. 11.

era la que dirigía todo el cotarro cosas (Grupo triangular GT2), p. 21.

era como un teniente-coronel cosas (Grupo triangular GT2), p. 22.

te habían machacado a ti cosas (Grupo triangular GT2), p. 36.

Es, sin duda, al describir la disciplina y el aprendizaje en la EE, cuando las alumnas utilizan más metáforas, símbolos y jergas y existe más divergencia entre la descripción que realizan las alumnas de las tres primeras promociones y las alumnas y el alumno de la última, en cuanto a la disciplina, el control e, incluso, el maltrato al que se vieron sometidas. Un ejemplo de ello pueden ser las prácticas que, para las primeras, era un *trabajo* a dedicación completa del que eran responsables, en el que se sumergían sin ningún tipo de apoyo y que constituía lo fundamental de su formación y, para la última, fue un componente más de su formación como estudiantes integrada por otros muchos elementos. Sin embargo todas coinciden en la gran dedicación que les supuso formarse como enfermeras:

nosotras fuimos como conejos de indias (Entrevista A30), p. 9

estábamos echas polvo (Entrevista A30), p. 10.

éramos las que tirábamos de todo (Entrevista A30), p. 12.

hacíamos de todo (Entrevista E30), p. 5.

nadie se movía allí (Entrevista A30), p. 33.

en seguida se hizo limpieza (Entrevista P30), p. 8.

nulas, nulas, nulas (Grupo triangular GT1), p. 4.

con nuestros miedos, (Grupo triangular GT1), p. 4.

como verdaderos pinceles (Grupo triangular GT1), p. 6.

cuando te tocaba fregar (Grupo triangular GT1), p. 12.

no tuvimos ningún apoyo (Grupo triangular GT1), p. 14.

los enfermos los llevábamos nosotros (Grupo triangular GT1), p. 15.

anacoretas (Grupo triangular GT1), p. 22.

nos escapábamos (Grupo triangular GT1), p. 22.

ya sabe dónde está la puerta (Grupo triangular GT1), p. 28.

Se va usted a su casa de usted (Grupo triangular GT1), p. 28.

sentirte como una mierda (Grupo triangular GT1), p. 28.

estar muy cansada (Grupo triangular GT1), p. 38.

venimos casi de la Prehistoria cosas (Grupo triangular GT2), p.2.

Era deformación cosas (Grupo triangular GT2), p. 13.

era una explotación total cosas (Grupo triangular GT2), p. 14.

no aprendí nada cosas (Grupo triangular GT2), p. 23.

la práctica a bofetones cosas (Grupo triangular GT2), p. 25.

Revista militar cosas (Grupo triangular GT2), p. 35.

a ver quién sacaba más nota (Grupo triangular GT3), p. 3.

ponerme en la piel de los pacientes (Grupo triangular GT2), p. 5.

el miedo que sentía en aquel momento a hacerlo mal (Grupo triangular GT3), p. 5.

estábamos como muy aislados (Grupo triangular GT3), p. 6.

Hay, también, especialmente en las alumnas de las dos primeras promociones, una jerga específica y simbólica que forma parte de la subcultura de la EE y de la CSV (Entrevista A30; Entrevista E30; Entrevista P30; Grupo triangular GT1):

- *el barco*: sala común y amplia con literas en la que dormían todas las alumnas que hacían guardia.
- *las grises*: alumnas de primer curso que iban vestidas de gris para diferenciarlas de las más expertas de segundo y tercero.
- *la terminada*: enfermera que ya había terminado sus estudios.
- *la Casa*: refiriéndose a la Casa de Salud Valdecilla. Es un término que aún continúan utilizando muchos profesionales formados en ella.
- *irse a casa, mandar a casa*: se refiere, generalmente, a ser expulsada.
- *Señorita*: era el término con el que monjas, médicos, pacientes y familiares se dirigían a las alumnas y que aún se utiliza para dirigirse a las enfermeras.

Finalmente, las estudiantes entrevistadas hacen referencia a muchos componentes de la identidad profesional, al papel que desempeñan las enfermeras y a su evolución que, seguramente, tiene que ver con el modo en que la viven, o la han vivido, y a sus expectativas de futuro en cuanto a ella. Se manifiestan más ampliamente los dos últimos grupos, que son los que permanecen en activo, y, cada uno, casi cada miembro del mismo, la percibe de forma diferente, aunque existe más unanimidad entre los más jóvenes que perciben la profesión desde una perspectiva más amplia y con más dimensiones que la práctica asistencial y cuyo desarrollo profesional incluye continuar una carrera académica e investigadora:

antes se estaba mucho con el enfermo (Entrevista A30), p. 12.

todo era a mano de nosotras y de nuestra cabeza (Entrevista A30), p. 12.

¡Las enfermeras aguantamos todo! cabeza (Entrevista A30), p. 43.

tenemos que estar aquí, pa los enfermos cabeza (Entrevista A30), p. 43.

que no es la enfermera del enfermo cabeza (Entrevista A30), p. 50.

lo poco que se le está valorando (Grupo triangular GT1), p. 56.

lo mucho que se está machacando (Grupo triangular GT1), p. 56.

está bien considerada (Grupo triangular GT1), p. 60.

chicas todoterreno (Grupo triangular GT1), p. 71.

somos polivalentes (Grupo triangular GT1), p. 71.

la Enfermería está ahora estancada (Grupo triangular GT2), p. 3.

cansada de ser enfermera, de ser cuidadora (Grupo triangular GT2), p. 3.

la autonomía parece que nos la han dado (Grupo triangular GT2), p. 38.

tu experiencia la tienen que validar otros (Grupo triangular GT2), p. 38.

tiene que validarla..., él, con su criterio (Grupo triangular GT2), p. 38.

Yo el futuro le veo bien (Grupo triangular GT2), p. 46.

que no se olvidara un poco la base (Grupo triangular GT2), p. 46.

sólo nos podíamos dedicar a trabajar y se acabó (Grupo triangular GT2), p. 46.

la gente no tiene ni idea de qué hace una enfermera (Grupo triangular GT2), p. 10.

ni ... las propias enfermeras y enfermeros saben lo que debería o debe hacer una enfermera (Grupo triangular GT2), p. 10.

te confunden con un médico (Grupo triangular GT2), p. 10.

¿Y por qué no has estudiado Medicina? (Grupo triangular GT2), p. 10.

hay gente mayor muy bien formada (Grupo triangular GT3), p. 12.

hay gente joven que acabó y acabó (Grupo triangular GT3), p. 12.

estamos ahí en crisis paradigmática (Grupo triangular GT2), p. 16.

varias filosofías dentro de la Enfermería (Grupo triangular GT2), p. 16.

puedo tocar todo los campos que tiene la Enfermería (Grupo triangular GT3), p. 13.

no veo hacia dónde va la Enfermería (Grupo triangular GT3), p. 15.

estamos en arenas movedizas (Grupo triangular GT2), p. 22.

8.5. REFLEXIONES SOBRE LAS EXPERIENCIAS

La comprensión se da por medio de un movimiento constante entre datos e ideas (Coffey & Atkinson, 2005), p. 200.

El análisis de las entrevistas me permite apuntar algunas apreciaciones que considero claves en la trayectoria de la formación enfermera impartida en la EE y que resumiría del modo siguiente: la formación ha discurrido desde el humanismo y la vocación a una tecnificación tardía y a los cuidados globales; desde un conocimiento exiguo, biomédico y complementario a un conocimiento amplio, complejo, biopsicosocial y específico y desde la subordinación a una mayor autonomía. Se mantienen en mayor o menor medida, a lo largo del proceso formativo: determinantes de género y falta de clarificación del rol enfermero, tanto en la profesión como en la sociedad a la que presta servicio.

A través de las narrativas de las entrevistas a las cuatro promociones de estudiantes se observan los tres tipos de profesionales que se han formado durante los últimos ochenta años en España: Enfermeras, Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados Universitarios en Enfermería. Esta diferente formación que ha configurado las características de cada uno de ellos, aunque entre los dos primeros las diferencias apenas son perceptibles; respondió a las sucesivas regulaciones educativas determinadas por la organización de la atención sanitaria de cada momento, por el contexto social que demandaba unos determinados servicios, por la situación política y socioeconómica que priorizaba unos sobre otros y, finalmente, por el medio sanitario concreto en el que desarrollaron la actividad profesional. Sin olvidar la gran influencia que los factores de género han tenido, y aún tienen, en una profesión compuesta mayoritariamente por mujeres.

La formación inicial en la EE partió de un ambicioso proyecto basado en el modelo Nightingale, paradigma en ese momento de la enfermería profesional en el mundo, que pretendía formar enfermeras expertas en los cuidados del enfermo como un componente esencial del nuevo hospital que se trataba de crear. Se diseñó un programa de formación basado en el humanismo; en la vocación, con una dimensión más social que religiosa, y en las actitudes y predisposición natural de las mujeres hacia el cuidado de los demás. Se aprendían habilidades prácticas, dirigidas y tuteladas por enfermeras profesionales y conocimientos teóricos impartidos por médicos. Además, para dignificar la profesión y hacerla aceptable socialmente, se acompañaba de una amplia formación moral y de una alta exigencia de disciplina, orden, control y apariencia.

Sin embargo, las dificultades económicas de la CSV y la escasez de enfermeras profesionales que se ocuparan del cuidado de los enfermos y de la formación de las alumnas, junto al rechazo de la sociedad y de la clase médica de Santander hacia el modelo organizativo que se estaba desarrollando, promovió su reorientación y la incorporación de las monjas. A consecuencia de ello se truncó, en gran medida, el proyecto inicial de formación para priorizar la práctica y la disciplina sobre los conocimientos teóricos, como relatan las alumnas de las tres primeras promociones entrevistadas.

A pesar de ello son diferentes las percepciones de unas y otras sobre los ingredientes de su formación. Todas las alumnas, además de desarrollar un amplio trabajo práctico, recibieron también formación teórica, aunque son las de la primera promoción, que apenas la tuvieron, las que se muestran más satisfechas con ella; percepción que, sin duda, tiene relación con el constante y profundo aprendizaje que supuso para ellas la práctica, debido a la implicación que tuvieron en ello de todos los responsables de la CSV, en especial las enfermeras y los Jefes de Servicio, que entendían que era necesario capacitarlas para que pudieran atender a los enfermos adecuadamente. El interés en su formación teórica queda patente con la publicación del libro de texto de Usandizaga, en el que colaboran la mayoría de los Jefes de Servicio, cuyos contenidos sobrepasaban ampliamente los exigidos en ese momento para la formación de enfermeras.

Por el contrario, las alumnas de las dos siguientes promociones se muestran muy insatisfechas con la formación teórica recibida, a pesar de que continuaron disponiendo del libro de texto de Usandizaga que en sus ocho ediciones siguientes, publicada la última en 1970, fue revisado y actualizado y siempre superó los contenidos exigidos legalmente. Además sus conocimientos fueron siempre evaluados externamente por un tribunal universitario. Pero la EE debió pronto perder importancia para los responsables de la CSV, cuyas constantes dificultades económicas, acuciantes al final de la década de los cuarenta, se convierten en el principal problema. Esto uni-

do a la marcha de Usandizaga que ocurre también a mitad de esta década, hacen que la misión de la EE quede relegada al suministro de mano de obra sin coste económico.

De este modo el trabajo práctico de las alumnas cobró tanta importancia para el funcionamiento de la CSV, junto a la disciplina y el control que lo hacían posible, que los conocimientos teóricos fueron secundarios. Eran, además, unos conocimientos superficiales y poco específicos que respondían a las necesidades de los servicios médicos y dificultaban el desarrollo de la práctica y el crecimiento disciplinar. Por otra parte no disponían de un modelo de enfermera, no conocían lo que era ser una “buena enfermera”, ya que no las había en la CSV. No lo eran las monjas de la EE que les daban unas pocas clases prácticas para que pudieran realizar las tareas elementales, tampoco las del Hospital, ya que muchas no lo eran y no solían prestar cuidados a los pacientes sino vigilar a las alumnas, para que su comportamiento fuera el adecuado, y gestionar los escasos recursos de que disponían.

También, en la percepción de la deficiente formación teórica, influirá el cambio de orientación que supone el plan de estudios de ATS, que pierde gran parte del contenido enfermero, como se observa en el Manual de Usandizaga publicado en 1958, en el que desaparece la asignatura de la Enfermera y, la de Técnica de Cuidado de los Enfermos, que era la más amplia de los anteriores, con 27 temas, pasa a tener solamente 5 y a denominarse Prácticas de Asistencia a los Enfermos. Además, la Patología se subdivide en múltiples asignaturas que, impartidas por profesorado diferente, perderán coherencia y continuidad.

De este modo se desvanecerá en las alumnas parte de la identidad y seguridad de la que gozaron al principio, ya que serán meras ejecutoras, sin discusión, de órdenes médicas, con iniciativa para realizar múltiples tareas delegadas y resolver problemas cotidianos y de intendencia, pero no para tomar decisiones profesionales para las que ni tenían capacidad ni se les permitía; sólo podían realizar un duro trabajo en difíciles condiciones, sin tiempo para reflexionar y asimilar lo que estudiaban.

No es hasta finales de la década de los setenta, cuando los estudios de Enfermería se incorporan a la Universidad, cuando puede afirmarse que se inicia el desarrollo disciplinar y profesional de la Enfermería en España. Esta situación coincide en el tiempo con la transición democrática, con importantes cambios sociales y con conferencias, informes y recomendaciones de organismos internacionales sobre la reorientación de la atención a la salud y el protagonismo y las competencias que deben asumir las enfermeras.

La Diplomatura en Enfermería elevó el nivel de estudios previos; incorporó la plena igualdad en los curricula, independientemente del sexo del alumnado; amplió y reorientó la formación enfermera hacia la salud, la persona y el entorno, dotando a los profesionales de competencias propias que podían desempeñar en cualquier ámbito comunitario. El desarrollo disciplinar y profesional se completará en 1983, con la Ley de Reforma Universitaria, al permitir a los enfermeros diplomados impartir docencia en las Escuelas Universitarias y, en 2005, con la regulación de los títulos de Grado y Postgrado que no sólo amplía la formación sino que habilita su acceso al máximo grado académico que, hasta ese momento estaba limitado para los diplomados.

El equilibrio entre la formación teórica y la práctica y la recuperación de la confianza en las potencialidades de la EE iniciará su recuperación cuando la titulación se convierta en universitaria, las organización y gestión de la EE tenga como meta la formación del alumnado y no las necesidades de personal del hospital y el alumnado lo sea en todas las circunstancias.

Esta breve, y resumida, trayectoria de la formación enfermera es la que se observa, con algunas particularidades, en las alumnas y el alumno de las cuatro promociones de la EE entrevistadas:

- Los discursos y las prácticas de género tienen una presencia continuada en la vida cotidiana de las cuatro promociones y se manifiestan en facetas diferentes, tanto en la esfera docente como en la laboral. El discurso de género transmitía la idea, aún hoy muy asentada, del cuidado como algo innato a la condición femenina, ya que se percibía como una prolongación del que las mujeres realizaban en el hogar. Al mismo tiempo, la formación, se ocupó de moldear las actitudes y la conducta que se correspondían con ese modelo: una imagen personal femenina y pulcra, el respeto y la sumisión hacia los superiores, especialmente los médicos, así como los componentes vocacionales, emotivos y afectivos, al mismo tiempo que se desdeñaban los intelectuales y cognitivos. Estos elementos se observan en múltiples aspectos: en las normas, en la disciplina y en el control; en las relaciones con los médicos y los pacientes; en la obligatoriedad del internado hasta que se incorporaron alumnos varones y, en los estudiantes más recientes, en las afirmaciones sobre las diferentes características, personales y profesionales, de las enfermeras y de los enfermeros; sobre los puestos de gestión que éstos ocupan con más frecuencia y las dificultades que tienen las enfermeras para acceder a ellos, o sobre la diferente percepción que tienen los usuarios sobre enfermeras y enfermeros.
- La etapa como estudiante ha sido vivida como una experiencia dura, difícil y sacrificada por todas las promociones debido a la gran dedicación que suponía. Para las tres primeras, además, por la disciplina y el control, tanto de su actividad como de su persona, a que estaban sometidas. No son, sin embargo, las alumnas de la primera promoción, que vivieron situaciones más difíciles, las que se manifiestan más críticas sino las dos siguientes, debido a la diferente situación y expectativas que tenían las mujeres en una y otra época. Así, para las que iniciaron sus estudios en los años treinta, la disciplina de la EE era más acorde con la vida que vivían en sus familias y con la posición social que ocupaban las mujeres en la época y, además, formarse como enfermeras era un privilegio y un estímulo, ya que eran escasas las profesiones que se les permitía ejercer y estaban al alcance de muy pocas. Cuarenta años más tarde, sin embargo, la sociedad y la vida de las mujeres había sufrido grandes transformaciones y no había ocurrido lo mismo en la organización de la EE; de modo que el control de las alumnas en ésta superaba con creces al de sus familias. Las alumnas y el alumno del último grupo, a pesar de no tener este tipo de limitaciones, salvo algunas relativas a la formación práctica, perciben peores condiciones y una mayor dedicación porque su elemento de comparación son los estudiantes de otras titulaciones de la Universidad.
- La formación que recibieron las tres primeras promociones fue escasa e incompleta, basada en el desarrollo de habilidades manuales y en la realización de procedimientos técnicos poco sofisticados; así como en conocimientos superficiales de biología y patología y sin enfermeras que les sirvieran como modelo. Este tipo de formación contribuyó a formar enfermeras disciplinadas, dóciles y hábiles ejecutoras de órdenes médicas, con iniciativa para realizar múltiples tareas delegadas y resolver problemas cotidianos y de intendencia, pero no para tomar decisiones profesionales y sin tiempo para reflexionar y asimilar lo que estudiaban ya que fueron las únicas responsables del cuidado a los enfermos durante más de cuarenta años y resultaban

imprescindibles para el funcionamiento de la CSV. En contraposición a esta situación, las alumnas y el alumno de la última promoción integran tanto el humanismo y la dedicación al cuidado de las personas como las herramientas tecnológicas adecuadas al conocimiento actual; se han formado con una orientación enfermera y bajo su responsabilidad, con una relación equilibrada entre teoría y práctica, en los aspectos biopsicosociales y ambientales que determinan la salud y la enfermedad, para aprender a prestar cuidados globales a las personas, familia y grupos. De este modo, han adquirido competencias que integran capacidades intelectuales, actitudes y habilidades que pueden desarrollar en múltiples ámbitos, y se manifiestan como profesionales autónomos y responsables, tanto de sus propias acciones como del desarrollo científico de la disciplina. Sin embargo, perciben un desarrollo profesional y disciplinar incierto, una identidad profesional por dilucidar y por transmitir a la sociedad y una gran distancia entre la práctica y la teoría, entre el “hacer” y “el pensar”. Sin duda, serán éstos los retos de los Diplomados y Graduados en Enfermería durante este siglo XXI.

CAPÍTULO 9:

DISCUSIÓN DE RESULTADOS



Analizaremos en este capítulo los hallazgos encontrados tanto en el análisis histórico y documental como en los discursos de las alumnas y el alumno, interpretando su significado mediante la comparación y el contraste con el contexto social y profesional en que se producen.

La Escuela de Enfermería (EE) constituyó un elemento esencial del innovador proyecto de la Casa de Salud Valdecilla (CSV) para el que sus organizadores consideraron indispensable contar con enfermeras bien formadas y competentes en los cuidados del enfermo y sabían que era muy difícil encontrarlas en España, pues, a pesar de que el título oficial de enfermera se había regulado en 1915, su posesión no garantizaba la formación de quienes lo poseían y no produjo cambios en la práctica (Salmón Muñiz & García Ballester, 1986). Los cuidados al enfermo continuaban prestándose por religiosas, que no solían ser enfermeras, o por otro personal sin la adecuada cualificación, y las mujeres seglares que, bajo las órdenes de monjas y médicos, ejecutaban tareas relacionadas con la cobertura de las necesidades de los enfermos y el mantenimiento del orden y la limpieza en los hospitales, solían ser analfabetas, no se les exigía ningún certificado para ejercer y engrosaban las filas de los oficios más humildes y peor valorados, social y económicamente, siendo consideradas sirvientas (Domínguez, 1986).

El carácter vocacional religioso, la vinculación de la actividad de cuidar al rol biológico femenino y la baja consideración social de las mujeres junto a la existencia de una heterogénea red de profesionales y semiprofesionales cuyas actividades eran difíciles de homogeneizar, unido al deficiente desarrollo de la asistencia sanitaria y de la salud pública en nuestro país fueron, sin duda, factores que tuvieron una gran influencia en el retraso de la profesionalización de la Enfermería. Esta situación se mantuvo invariable hasta bien comenzado el siglo XX, a pesar de la iniciativa de Concepción Arenal que, ya en 1870, había propuesto la unificación de la profesión en un solo título que se obtendría tras la superación de tres cursos en una Escuela de Enfermería; o la muy posterior de Federico Rubio y Galí (Siles, 1999).

El cirujano Rubio y Galí llevó a cabo el primer intento de dotar de formación y de identidad a la profesión enfermera en España, al crear, en 1896, una Escuela de Enfermeras, la de Santa Isabel de Hungría, inspirada en el modelo Nightingale. En ella la formación duraba dos años y era impartida por médicos, salvo la relativa a la moral que era competencia de las monjas del hospital. Las alumnas debían tener entre veintitrés y cuarenta años de edad; saber leer, escribir y contar; proceder de familias honradas; estar sanas, ser fuertes, dóciles, de moralidad intachable, guiadas por la caridad y el amor al prójimo y practicantes de la religión católica. Los primeros años había alumnas internas y externas y, a partir de 1902, fue obligatorio el internado (Sellán Soto, 2010).

Florence Nightingale había aglutinado los cuidados derivados de las órdenes religiosas, del voluntariado y de las incipientes escuelas de adiestramiento para organizar una profesión;

una profesión femenina, entendida como una vocación natural asociada a la disposición y habilidad de las mujeres para cuidar; jerarquizada, disciplinada y exigente, en conocimientos y capacidades y, sobre todo, en cualidades morales y espirituales. Para ello, inspirándose en experiencias anteriores, de enfoque religioso y militar a los que añadió el sello de la aristocracia británica de la que provenía, y enfrentándose a la mayoría del colectivo médico y de la sociedad británica, que no veía bien que jóvenes de buena posición se dedicaran a cuidar enfermos; había establecido, en 1860, una Escuela de Enfermeras en el Hospital de Santo Tomás en la que enfermeras de formación superior impartían una educación programada y sistemática, teórica y práctica (Siles, 1999).

La regulación del título de enfermera en España, que no se produjo hasta 1915, dio cobertura legal a la profesión pero deberán pasar muchos años para que se sistematice y se regule la actividad de cuidar, puesto que se limita a autorizar el ejercicio de la profesión a quienes acrediten, mediante una prueba teórico-práctica, los conocimientos de un escaso programa de setenta temas. Sin embargo, comienzan a surgir a partir de este momento más escuelas para la formación de enfermeras.

Las dos siguientes que nacen en Cataluña en 1917, son fruto, también, del clima de efervescencia social y cultural del momento, puesto que se establecen en el seno de organizaciones profeministas y católicas que tratan de promocionar, educativa y laboralmente a las mujeres, facilitándoles una salida profesional, digna y reconocida socialmente, en tareas afines a las del medio familiar que no rompan con los roles tradicionales que la sociedad les tiene asignados. El programa de formación que duraba un año era impartido por médicos, enfatizaba la formación práctica sobre la teórica y tenía, también, contenidos de cultura general. A partir de 1920 se crea un segundo curso práctico y un tercero de internado, con el fin de obtener el título de Enfermera Superior (Siles, 1999; Valls, 2007).

Así mismo, la Cruz Roja establece en estos años, con mucho retraso respecto a otros países europeos, los Cuerpos de Señoritas Auxiliares y de Damas Enfermeras; éstas con un programa de enseñanza escaso que constaba de treinta y cinco temas (Siles, 1999).

Esta deficiente situación de la profesión enfermera en España que difería mucho de sus expectativas, es la que pretende contrarrestar Wenceslao López Albo, director de la CSV, quien nombra para organizar la EE a Manuel Usandizaga, Jefe de Ginecología y de los Servicios Sociales y a M^a Teresa Junquera, Jefa de Enfermeras, como Director y Subdirectora, respectivamente, pensionando a ambos para que conozcan el funcionamiento de Escuelas de Enfermería extranjeras. Así mismo, son contratadas, para prestar servicios en el hospital y colaborar en la formación de las alumnas, otras doce enfermeras diplomadas y experimentadas.

El proyecto de la EE incorporaba, setenta años más tarde, los elementos fundamentales del modelo Nightingale que se había convertido en el paradigma de la Enfermería profesional en el mundo (Salmón Muñiz et al., 1991). Eran similares los requisitos que se exigían a las alumnas, como edad; buen nivel de instrucción; superar un período de prueba de tres meses; tres años de formación, e internado regido por estrictas normas disciplinarias. La residencia, igualmente, estaba ubicada en una parte del hospital, era confortable y disponía de salas de recreo y descanso, aunque no de habitaciones individuales. Las alumnas no debían salir acompañadas a la calle, como en la de Nightingale, pero apenas disponían de tiempo para ello y, así mismo, tenían que participar en alguna actividad religiosa (Parentini, 2001; Siles, 1999).

También en la EE las alumnas se dividían en dos grandes grupos que solían realizar tareas distintas, aunque no las diferenciaba la clase social de procedencia y el que pagaran o no matrícula sino su experiencia: las alumnas de primero eran las "grises" y las de los otros dos

cursos, las “blancas” y, de igual modo, su formación estuvo supeditada a los requerimientos de personal del hospital.

Aunque se encargó a los Jefes de Servicio la formación teórica de las alumnas (Usandizaga, 1944), las enfermeras tenían, tanto en la EE como en la CSV, un mayor protagonismo y liderazgo que en las iniciativas anteriores y en los hospitales españoles del momento (Izquierdo Rojo, 1999; Salmón Muñiz, 2004); lo que constituyó una de las causas del enfrentamiento que se produjo, al igual que le ocurrió a Nightingale, con el colectivo médico y la sociedad de Santander que no aceptaban que enfermeras seglares fueran las responsables de organizar el Hospital y la Escuela y, tampoco, que jóvenes de buena posición se dedicaran a cuidar enfermos; a pesar de que en la sociedad española se está iniciando una progresiva, aunque lenta, incorporación de la mujer a la actividad laboral y al sistema educativo.

De este modo, la realización del proyecto de la CSV y de la EE se vio, en gran medida, truncado por los diferentes criterios que sobre su gestión y organización tenían sus dirigentes, el Patronato de la Fundación, los filántropos marqueses, en especial la Marquesa, y la sociedad santanderina (Salmón Muñiz et al., 1991); lo que unido a las dificultades económicas llevó a que se priorizaran los elementos que eran indispensables para su funcionamiento, siendo uno de los fundamentales la consecución, con poco coste económico, de un gran número de alumnas-enfermeras que pudieran responder a las necesidades de los servicios médicos.

En consecuencia van desapareciendo de la CSV las capacitadas enfermeras que habían seleccionado para dirigir los servicios, sociales y de enfermería; organizar los cuidados a los enfermos y tutelar la formación de las alumnas. Entre los meses de diciembre de 1929 y mayo de 1930 dimiten las tres enfermeras responsables de esos servicios y de la EE y va disminuyendo el número de enfermeras contratadas. Si, en marzo de 1930, figuran 16 enfermeras y 1 enfermero, a finales del año quedan 9, y son únicamente 16, de las que 13 son alumnas de la primera promoción que acaban de obtener su título, al concluir 1932. Al año siguiente aumentará ligeramente su número, a 25, y esta cifra se mantendrá a lo largo de los años, ya que, en 1967, sólo figuran en la CSV 35 profesionales de Enfermería: 23 Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), 1 Enfermera y 11 Especialistas de Rayos, Quirófano y Laboratorio.

De este modo muy pronto se produce una completa reorganización de la CSV, en virtud de la cual, en el mes de junio de 1930, se incorpora a la Institución una comunidad religiosa, las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul, que se hace cargo de la administración y de todos los servicios no médicos, incluida la EE, a pesar de que, en su mayoría, no eran enfermeras profesionales.

La incorporación de las monjas junto a la escasez de enfermeras ocasionará un cambio trascendente en la formación de las alumnas, no sólo por la pérdida de protagonismo de la Enfermería en la propia formación que no volverá a recuperarse hasta pasados más de cincuenta años, sino también porque, durante mucho tiempo, no se impartirán contenidos teóricos, o serán muy escasos, y la formación se limitará casi exclusivamente a la práctica. De este modo, serán los componentes organizativos y disciplinarios del proyecto de la EE, impregnados de elementos religiosos que no están presentes al comienzo, los que más se desarrollarán. Las alumnas estarán sometidas a una férrea disciplina, casi militar, apoyada en normas de comportamiento que regularán todos los aspectos de su vida, tanto en los Servicios asistenciales como en la Residencia y en el recinto de la CSV y, cuyo cumplimiento, es controlado incesantemente por las monjas.

Porque el proyecto inicial, que tenía un contenido más humanista y social que religioso, pretendía formar a mujeres que tuvieran vocación de servicio y estuvieran dispuestas a desarrollar las actitudes y predisposición natural hacia el cuidado de los demás, en consonancia con el modelo femenino de la época. Además, los profesores, que eran los Jefes de los distintos Servicios de la CSV, las dotarían de conocimientos teóricos sobre las materias médicas aplicadas al cuidado de los enfermos y, las enfermeras tituladas, de las actitudes morales y de las habilidades prácticas adecuadas, además de supervisar el trabajo que desarrollarían en todos los Servicios de la CSV (M. Usandizaga, 1929; M. Usandizaga, 1931b; M. Usandizaga, 1944).

Para conseguirlo, se exigiría que las alumnas tuvieran el título de bachiller, o unos conocimientos análogos, y permanecieran internas durante tres años completos, para conseguir una perfecta formación e inculcarles la disciplina y la educación moral que la profesión requería (Junquera, 1929). En los primeros años, sin embargo, debido al bajo nivel educativo que tenían la mayoría de las mujeres en esa época, sólo pudieron exigir que las aspirantes supieran leer y escribir, tuvieran buena salud y aspecto y sus modales y conducta fueran adecuados (Salmón Muñoz et al., 1991; Usandizaga, 1931b; Usandizaga, 1944). Su formación, poco planificada y tutelada por la falta de enfermeras profesionales, se redujo al trabajo práctico, agotador y prolongado, en el que se ocupaban tanto de cubrir las necesidades básicas de los enfermos como de realizar múltiples tareas complementarias que eran imprescindibles para el funcionamiento de la CSV. Así, recaía sobre las alumnas gran parte de la actividad del hospital, careciendo de los conocimientos teóricos necesarios para fundamentar la práctica y generar criterios profesionales propios, ya que su aprendizaje se basaba en la emulación de las tareas que realizaban sus compañeras de los cursos superiores.

De este modo, la formación de las enfermeras en la EE se limitó, durante más de cuarenta años, a la cobertura de las necesidades básicas de los enfermos y a la realización de múltiples tareas complementarias necesarias para el funcionamiento de los Servicios Médicos de la CSV, que aprendían por repetición y sin que nadie más que sus compañeras de los cursos superiores asumiera la responsabilidad de su formación. A estos cuidados básicos fueron incorporándose, lentamente y con mucho retraso debido a la falta de recursos económicos, algunas técnicas diagnósticas y terapéuticas.

A pesar de ello, la formación teórica de las alumnas constituyó una constante preocupación para Manuel Usandizaga, de modo que, en 1934, publicó el primer Manual de la Enfermera, con contenidos mucho más amplios – 104 temas – que los del Programa Oficial de la Profesión Enfermera, que habiendo sido publicado dos años antes constaba solamente de 34 lecciones. Este Manual será el primer libro de texto del que dispongan las alumnas y continuará siéndolo durante más de cuarenta años, ya que se publicarán, revisadas y corregidas, otras ocho ediciones del mismo. La tres últimas, de 1958, 1964 y 1970, adaptadas a la nueva titulación y plan de estudios de ATS.

Otro de los problemas que tuvo que afrontar en los primeros años la Dirección de la EE residió en la dificultad de conseguir alumnas (Usandizaga, 1944). Influyeron en ello múltiples factores, como la dureza del proyecto formativo y del internado, la baja consideración que de la profesión enfermera tenía la sociedad de la época, en especial la de Santander, o la deficiente educación de las mujeres, ya que en ese momento la mitad de las mujeres españolas eran analfabetas.

Para las alumnas tampoco resultaba fácil concluir la formación: unas abandonaban por problemas de salud, falta de capacidad física para el duro trabajo, imposibilidad de soportar

la disciplina u otros motivos personales o familiares (Usandizaga, 1944). Otras muchas eran expulsadas porque sus actitudes, aptitudes, carácter o conducta no respondían a lo que se pretendía de ellas, siendo frecuentes los despidos por “mala conducta” o “conducta indeseable”. También hubo, durante la Guerra Civil y la inmediata postguerra, muchas deserciones, impuestas y voluntarias, “al entrar los nacionales”, “al ser liberada la ciudad”, “al ver llegar las tropas”, “por no ser adicta al movimiento nacional”, “por su actuación en el período rojo”, o por ser detenida o evacuada. Así, las cincuenta primeras plazas de alumnas que se convocaron el día 10 de noviembre de 1929 y que pensaban completar en un mes, no consiguieron cubrirse hasta el 20 de mayo del año siguiente y, de las 1.102 aspirantes a formarse como enfermeras entre 1930 y 1954, sólo 633 obtendrían el título. Durante la impartición del siguiente plan de estudios, el de ATS, continuará habiendo abandonos y expulsiones, pero irá disminuyendo su número progresivamente.

A pesar de todas las dificultades que tuvieron que sortear los responsables de la EE para organizarla y mantenerla en funcionamiento, los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios; no sólo porque algunas alumnas - seguramente muchas menos de las previstas inicialmente, a causa de la escasez de recursos económicos -, se quedaban a trabajar en la CSV, sino también porque la mayoría se colocaban sin problemas, siendo muy estimadas y solicitadas por Sanatorios y Clínicas de todo el país e, incluso, de fuera de él, y figurando, así mismo, en los primeros puestos en concursos y oposiciones (Usandizaga, 1944). Este éxito y reconocimiento estuvo, evidentemente, relacionado con las características de la formación en la EE que imprimía un “sello especial” a las alumnas y certificaba que quien conseguía obtener el título estaba dotada de determinadas cualidades que cumplían las mayores expectativas y exigencias. También pudo influir en ello su variada procedencia, ya que, una vez formadas, regresaban a sus provincias o países de origen y contribuían a difundir el conocimiento de la EE.

Fueron, sin duda, la firmeza de la disciplina en la EE junto a la gran experiencia práctica y la responsabilidad que asumían las alumnas que las capacitaba para resolver problemas de todo tipo, los ingredientes fundamentales del prestigio y pervivencia de la EE y lo que la convirtió en una Institución de referencia que ha contribuido a la profesionalización de la Enfermería española y, también, al desarrollo profesional y personal de muchas mujeres en una época en que esto sólo resultaba posible para algunas privilegiadas, social y económicamente.

Aunque durante la Guerra Civil se interrumpió la enseñanza oficial de enfermeras en la mayor parte de los Escuelas españolas, no ocurrirá lo mismo en la EE. Las alumnas son imprescindibles para mantener la actividad asistencial en la CSV que desempeñará funciones de hospital militar, y si ya anteriormente era precaria la dotación de personal, lo será mucho más en estos años: la comunidad religiosa abandona el Hospital durante el poco más de un año en que Santander permanece bajo las fuerzas republicanas, muchos profesionales son movilizados y, tras la guerra, son depuradas y expulsadas no sólo alumnas sino también enfermeras, médicos y otro personal.

La organización de la EE se mantiene casi inmutable, al igual que la situación política, hasta el final de la dictadura franquista y, la formación, apenas se ve afectada por las escasas regulaciones legislativas que se producen en este período para reglamentar y homogeneizar la formación enfermera, ya que, generalmente, se adelantó a los requisitos exigidos para el acceso y sus contenidos, tanto teóricos como prácticos, fueron siempre más extensos que los reglados.

Durante estos largos cuarenta años, las alumnas continúan sometidas al mismo régimen disciplinario, de internado y de trabajo; únicamente se aumenta el nivel de estudios previos y cambia algún otro requisito de acceso, al inicio de la década de los cuarenta y, en la década siguiente, se amplía, reforma y reorienta el programa teórico para adaptarlo a la titulación de ATS. Con el nuevo Plan de Estudios se formará un profesional tanto o más subordinado y auxiliar que el anterior, ya que los contenidos teóricos estarán más centrados en la enfermedad y, en la práctica, se tenderán a priorizar progresivamente, en función del desarrollo de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas, las habilidades manuales y técnicas al servicio de las necesidades médicas y en detrimento de los cuidados a los pacientes.

Una evidencia de la permanencia y estabilidad de la organización de la EE la constituyen los Reglamentos que, en la década de los sesenta, regulan todos los aspectos de la vida de las alumnas, desde los horarios - para levantarse, comer, ir a las prácticas, salir, recrearse o acostarse -, o la conducta - en el trabajo, en el comedor, en la residencia o con las visitas -, hasta la apariencia, de uniforme o de calle, y la higiene, tanto personal como de la habitación. También se especifica en ellos que serán evaluadas sus cualidades de bondad, abnegación, obediencia, rectitud o inteligencia, y que perderán el curso si interrumpen su actividad durante un mes por un problema de salud, o, quince días, por motivos familiares. Todavía a mitad de la década siguiente continua vigente un Reglamento similar en el que se flexibilizan ligeramente algunos aspectos, como la obligatoriedad de asistir a las comidas; los horarios de entrada y de dormir - las 10,15 y las 12, respectivamente -; se permite ver la televisión dos días a la semana hasta el final de la programación, y pasar, con sus padres, alguna noche fuera de la Residencia. Se especifica, también, la obligatoriedad de un acto religioso a la semana, que será la misa del sábado, a las 10,30 de la noche.

Mediada la década de los setenta la EE comienza a sufrir una lenta transformación desencadenada tanto por la reorganización de la CSV, a consecuencia de su integración en la Seguridad Social (SS), en 1972, como por los cambios políticos, socioeconómicos, culturales y educativos que se están produciendo en la sociedad española. En el curso 1975/1976 las alumnas tienen, por vez primera, un día libre a la semana; pueden salir a la calle siempre que no tengan una ocupación asignada, y, con la autorización de sus padres, regresar los sábados a la una de la madrugada y pernoctar tres noches al mes fuera de la Residencia. El curso siguiente la EE se convierte en mixta y el internado deja de ser obligatorio; la dirige un profesor de la Universidad, en lugar de un médico del Hospital; desaparece la comunidad religiosa y comienzan a incorporarse a ella enfermeras, como monitoras de prácticas, Jefa de Estudios y Secretaria, posibilidad que estaba regulada en las escuelas femeninas desde el inicio de los estudios de ATS.

La llegada de enfermeras a la EE constituirá, sin duda, el primer paso para que la profesión comience a liderar, tutelar y organizar la formación, retomando así el proyecto que no pudo desarrollarse en 1930. Esta nueva situación, a la que se añaden los cambios organizativos derivados de su adscripción a la Universidad y los que están sucediendo en la CSV, tendrá una gran repercusión en la organización de la EE y en la docencia que se imparte. De una parte llevará consigo una mayor autonomía de su equipo directivo cuya responsabilidad e intereses se guiarán por criterios académicos, en lugar de por necesidades del Hospital. Por otra, su desvinculación del Hospital le ocasionará dificultades y problemas no planteados hasta ese momento, ya que deberá consensuar la organización, objetivos, seguimiento y evaluación de las prácticas clínicas del alumnado con los responsables de Enfermería del Hospital. Ambos aspectos provocarán una brecha, o la harán visible, entre la teoría y la práctica, entre lo que se enseña en la EE y lo que se ve en el Hospital, que interferirá en el proceso enseñanza/aprendizaje y que estará reiteradamente presente en las relaciones entre enfermeros docentes y asistenciales.

Durante los veintiséis años que se impartió el plan de estudios de ATS obtendrán el título 1.677 estudiantes, mayoritariamente mujeres que, al igual que las que se formaron como Enfermeras, procedían de casi todas las provincias españolas y de una variada extracción social. Las solicitudes para estudiar en la EE fueron en aumento, llegando a ser más de mil en el último curso 1977/1978; lo que resulta sorprendente, si tenemos en cuenta que, aunque durante estos años aumenta exponencialmente la demanda de profesionales para los muchos hospitales de la SS que se están abriendo en cada provincia, también lo hace el número de Escuelas; de modo que, en 1976, son 176, una de las cuales había comenzado tres años antes en la Residencia Cantabria de Santander.

Durante los dos siguientes cursos académicos - 1978/1979 y 1979/1980 - se interrumpirá, por primera vez en la historia de la EE, la llegada de estudiantes y, en el siguiente, comenzará a impartirse la nueva titulación de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE), de la que puede decirse que inicia el desarrollo disciplinar y profesional de la Enfermería en España.

El Plan de Estudios de la Diplomatura era innovador e incorporaba las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales sobre la atención a la salud y el protagonismo y las competencias que debían asumir las enfermeras: elevó el nivel de estudios previos; incorporó la plena igualdad en los currícula, independientemente del sexo del alumnado; amplió los contenidos que, distribuidos equitativamente entre teoría y práctica, se reorientaron hacia el cuidado integral de la salud de las personas, tanto desde la perspectiva individual como poblacional y de salud pública, para dotar a los profesionales de competencias propias que podían desempeñar en cualquier ámbito comunitario. Reconocía, además, por vez primera, el Área de Conocimiento Enfermería.

La implantación de esta titulación sería muy problemática tanto para la formación como para la profesión en general. Por una parte, la mayoría de los profesionales se habían formado como ATS y debían ejercer una profesión para la que no estaban capacitados, asumiendo competencias más complejas que respondieran a las necesidades y demandas de una sociedad en transformación y, además, tutelar la formación práctica de un alumnado cuya titulación era de mayor nivel y tenía contenidos diferentes. Por otra, la docencia en las Escuelas era impartida mayoritariamente por profesorado ajeno al mundo de la Enfermería y la titulación de ésta no la capacitaba para enseñar en la Universidad.

Algunos de estos problemas se fueron paliando con medidas legales, como la habilitación de títulos, en 1978, que autorizaba a las/os ATS que ya estaban en las Escuelas a continuar impartiendo docencia, una vez homologaran su título; la regulación de esta Homologación, en 1980, que unificaba la titulación académica y equiparaba los conocimientos del colectivo profesional; la Ley de Reforma Universitaria de 1983 que posibilitaba el acceso de los Diplomados a las plazas de Titulares de Escuela Universitaria en algunas áreas y el ejercicio de cargos electos en las Escuelas, y, finalmente, la regulación de los Departamentos Universitarios, en 1984, que permitía constituir Departamentos de Enfermería. Sin embargo, el asentamiento de estos cambios y la transformación de la profesión en relación a ellos requerirá varias generaciones de profesionales formados sin límites ni cortapisas académicas para desarrollar la disciplina enfermera y aplicarla en todos los ámbitos profesionales.

La Diplomatura se impartirá en la EE con dos planes de estudio diferentes: el primero hasta el curso 2000/2001 y, el segundo, iniciado dos años antes, finalizará en el 2011/2012 y convivirá también con el nuevo título de Graduado en Enfermería que se inicia en el curso 2010/2011.

La complicada situación académica y profesional de la Enfermería también se manifiesta en la EE que vive una etapa de transformaciones e inestabilidad durante los treinta años en que se imparte la Diplomatura, en especial en la última década del siglo XX, en que se sumarán a los cambios generales los derivados de su integración en la Universidad de Cantabria.

El proceso de cambio de la actividad educativa y de la dependencia institucional concernirá sobre todo al profesorado enfermero que deberá realizar un gran esfuerzo y superar barreras y dificultades de toda índole para adaptarse a un entorno y una organización completamente diferentes al de procedencia. En primer lugar tendrá que ampliar y reorientar su propia formación y capacitación, tanto en las áreas nuevas como en las que habían estado en manos de los médicos y competir con profesionales de otras disciplinas para obtener las plazas universitarias que eran imprescindibles para conseguir organizar, dirigir y controlar la EE y la formación de los estudiantes. Al mismo tiempo era necesario mantener el prestigio de la EE, introducirse y participar plenamente en los órganos de la Universidad y comenzar a producir conocimiento a través de la investigación. Muchos de estos desafíos continuarán vigentes hasta que la masa crítica de profesorado con el máximo grado académico sea suficiente para desarrollar una carrera académica e investigadora en condiciones similares a las del resto del profesorado de la Universidad, situación que, en 2012, aún no se ha logrado.

Sobre los primeros años de impartición de este Plan de Estudios se conserva poca documentación en la EE, salvo las Actas de las asignaturas; algunos horarios de actividades docentes; un Reglamento de 15 artículos que regulaba aspectos relativos a las clases y a las prácticas, y unas Normas de Régimen Interno, de 1984, en las que se incluye por primera vez la representación del alumnado en la EE y en la Universidad. A partir del curso 1996/1997, la información se sistematiza y existen registros anuales de todos los aspectos relativos a la planificación y desarrollo de la docencia. Las/os estudiantes de este plan ya no constituyen una mano de obra indispensable para el funcionamiento del Hospital y su dedicación ha disminuido ostensiblemente; los primeros años tienen clases y otras actividades teórico-prácticas por las tardes y veinticinco horas a la semana de prácticas que realizan por las mañanas en el Hospital, Centros de Salud y Servicios de Salud Pública y, sólo en tercer curso, efectúan algún turno nocturno. Posteriormente la docencia se organizará en módulos, de modo que alternan períodos en el aula con otros de prácticas clínicas y éstas las realizarán, exclusivamente, en horarios diurnos.

Los órganos de gestión de la EE - Junta de Dirección y Junta de Escuela - se constituyen en 1984 y, en las Actas de sus sesiones, se recogen debates sobre la representatividad de los diferentes colectivos que muestran el interés de gran parte del profesorado médico por mantener la influencia y tutela que tradicionalmente viene ejerciendo sobre la formación y la profesión enfermera y, del enfermero, por ir alcanzando cotas de autonomía y poder. El mayor protagonismo de este profesorado comienza a manifestarse a finales de 1986, al nombrar Directora Técnica de la EE a la enfermera Paloma Salvadores y, Coordinadores de Área, a los otros ocho profesionales enfermeros que tienen dedicación exclusiva a la EE; continuará ampliándose cuando, debido a la integración en la Universidad, se remodele el equipo directivo y se cree, provisionalmente, el Departamento de Enfermería, ocupando Jaime Zabala los cargos de Subdirector de la EE y Director del Departamento y Cristina Castanedo la Jefatura de Estudios, ambos profesionales de Enfermería.

La integración de la EE en la Universidad de Cantabria, se realiza en tres años, a partir del curso 1989/1990. En ese momento estaban adscritos a la EE un total de veinte profesionales del Hospital, once de la Enfermería a dedicación completa y, dos, parcial; el resto, todos con dedicación parcial, eran seis profesionales de la Medicina y un Psicólogo. En los tres años siguientes se convocarán treinta plazas de profesorado asociado, que serán cubiertas por perso-

nal de Enfermería de la Institución Sanitaria, para el seguimiento y tutorización de las prácticas clínicas en las unidades y centros que se autorizaban para su realización.

La transformación de la EE en un centro universitario va aconteciendo lentamente en estos primeros años, por lo que la década de los noventa fue dura y difícil. La nueva Junta de Escuela se constituye en el mes de junio de 1990 y, a partir de este momento el funcionamiento de la EE comienza a ser regulado en todos sus aspectos por la normativa universitaria. En los dos años siguientes, se convocan las primeras nueve plazas de profesorado titular que obtendrán enfermeras, al igual que ocurre con la dirección de la EE, ya que en las sucesivas elecciones que se celebran cada cuatro años, desde 1992, resultará elegida siempre una profesora enfermera. Simultáneamente se crea, en 1991, el Departamento de Enfermería al que se adscribe la mayoría del profesorado, salvo el que imparte las asignaturas básicas, y comenzará a asumir las competencias de docencia e investigación que le asignan los Estatutos de la Universidad. Desde su constitución será también dirigido por profesorado enfermero. De este modo, por primera vez en su larga historia, la EE será liderada y organizada por la propia disciplina.

En los años siguientes se diseñará el segundo Plan de Estudios de la Diplomatura en un proceso largo y costoso que se inicia en 1993 y, que tras ser sometido a múltiples correcciones y revisiones, es aprobado tres años después por la Junta de Gobierno de la Universidad. Sin embargo no llegará a ponerse en marcha y, tras volver a ser revisado e incorporar nuevas regulaciones, será homologado en 1999 y puesto en marcha este mismo año. Ambos Planes de Estudio de la Diplomatura serán evaluados externamente: en 1999, el primero, en el marco del Plan de Calidad de la Universidad Española y, en 2004, el segundo, por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA).

La última etapa estudiada, la primera década del siglo XXI, conducirá no sólo al afianzamiento de la formación universitaria para la disciplina enfermera sino también a la plena inserción de la EE en la Universidad. Sin embargo, el período de transición entre uno y otro Plan de Estudios fue problemático: hubo dificultades para impartir la docencia en varias asignaturas, debido a la negación de la compatibilidad a profesionales por parte del Servicio Cántabro de Salud, y para organizar las extensas y diversificadas prácticas clínicas que planteaba, ya que el accidente que sufrió el Hospital, en noviembre de 1999, limitaba los recursos sanitarios y, además, era necesario ampliarlos a Centros y Servicios Gerontogerítricos, y de Salud Mental.

A pesar de estas dificultades el Plan de Estudios que constaba de 232 créditos que suponían 4.600 horas de dedicación, se llevó a cabo de acuerdo a los contenidos, actividades y dedicación regulados y se desarrolló apenas sin cambios durante toda su impartición. La docencia continuó asignada, en su mayoría, al Departamento de Enfermería, salvo las materias de Anatomía, Fisiología y Farmacología. Su organización era similar a la del anterior pero, como exigía una mayor dedicación, los estudiantes simultaneaban actividades en aula y prácticas clínicas en horario de mañana y tarde durante casi todo el curso. Toda la información relativa a su organización y desarrollo se conserva en los archivos de la EE y de la Universidad.

En este tiempo la EE se acoge a las regulaciones que establece la Universidad para mejorar la docencia, el seguimiento del alumnado y la calidad de todos los procesos, así como a los programas de intercambio con Escuelas de Enfermería españolas y extranjeras. Al mismo tiempo, establece normativas internas que regulan aspectos específicos, como las Prácticas Clínicas.

Durante el año 2004 y principios del siguiente se celebrarán múltiples actos para conmemorar el 75 aniversario de la EE en cuya organización participaron no sólo todos los colectivos de la EE, sino también los egresados y las instituciones con las que tiene vinculación, como el Colegio Profesional y el Servicio Cántabro de Salud. La celebración incluyó un concurso para el diseño de un logotipo alusivo a dicho evento; la exhibición pública, en una Sala de Exposiciones de la Universidad, de fotografías, imágenes, fichas de alumnado, mobiliario, material clínico y bibliográfico de distintas épocas que representaba la evolución de la formación a lo largo de toda su historia y que, también se explicaba en un tríptico que se entregaba a los visitantes, y, finalmente, un acto académico de homenaje a las alumnas de la EE y a la profesión, presidido por el Rector de la Universidad y que contó con la presencia de los miembros de la Conferencia de Directores de Escuelas de Enfermería de España, en el que se impuso la Insignia de Oro de la EE a las tres enfermeras de la primera promoción que permanecían con vida.

La reorientación de la formación hacia el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) comienza en 2005, tras la elaboración del Libro Blanco de la Enfermería, con un Plan Piloto en primer curso que no progresará a los dos siguientes por la imposibilidad de encajar en ellos la amplia presencialidad de la Diplomatura. Tras la regulación de la formación universitaria en el marco de la EEEE, se diseña en la EE la Memoria para la solicitud del Título Oficial de Grado en Enfermería que verificará la ANECA en el mes de diciembre de 2009 y que comenzará a impartirse en el curso 2010/2011, al tiempo que se extingue curso a curso la Diplomatura. A partir del segundo cuatrimestre de este mismo curso se realiza también el Curso de Adaptación al Grado para los Diplomados en Enfermería, del que continuarán realizándose dos ediciones anuales. En el curso 2011/2012 también comenzará a impartirse el Máster Oficial en Gestión Integral e Investigación en Cuidados de las Heridas Crónicas y será aprobado por la ANECA el de Investigación en Cuidados de Salud que se iniciará en el siguiente curso.

Hasta el mes de octubre de 2012 se han titulado en la EE como Diplomados un total de 1.959 estudiantes, a los que deberán sumarse quienes tengan pendiente alguna asignatura de dicho Plan de Estudios, del que existirán convocatorias hasta septiembre de 2014. La procedencia del alumnado vuelve a ser desde el año 2002, en que esta Universidad estableció el distrito único, de varias Comunidades Autónomas y provincias españolas. También la demanda continua siendo muy alta.

Entre tanto algún profesorado enfermero de la EE comienza a licenciarse en otras Universidades, en Antropología Social y Cultural, Sociología y Psicología, para acceder a los estudios de doctorado y, posteriormente, durante el curso 2007/2008, el resto del profesorado, tanto permanente como la mayoría de los asociados, realizará el Máster Oficial de Investigación en Cuidados impartido por la Universidad Complutense.

En 2008 alcanza el Grado de Doctor el primer profesor enfermero de la EE, al que seguirán en años sucesivos otras dos profesoras que, al igual que el primero, han accedido al doctorado a partir de otras titulaciones. A partir de 2011, comenzarán a presentar sus tesis quienes accedieron al doctorado tras realizar el Máster Oficial.

A partir de este momento, la existencia de un número cada vez más importante de doctores junto al desarrollo de los títulos de Grado y Postgrado posibilitará a nuevas generaciones de estudiantes la realización de una carrera académica hasta el máximo grado, tutelada y dirigida por profesorado enfermero de la EE.

CAPÍTULO 10:

CONCLUSIONES



Los resultados de este estudio han permitido ampliar los conocimientos sobre la configuración, evolución y desarrollo de la organización de la Escuela de Enfermería de la “Casa de Salud Valdecilla” y de la formación impartida desde su inicio (1929) hasta el momento actual:

1. La Escuela “Casa de Salud Valdecilla” que es la más antigua de las que existen en el momento actual, si exceptuamos las de Cruz Roja, ha formado hasta 2012 setenta y nueve promociones de profesionales. Entre 1932 y 2012 han obtenido el título 4.269 estudiantes: 633 de Enfermera; 1677 de Ayudante Técnico Sanitario, y 1959 de Diplomado Universitario en Enfermería. De los 5.126 estudiantes admitidos, un 16,72% no finalizó sus estudios, produciéndose la proporción más alta de abandonos y expulsiones durante el plan de estudios de Enfermera.
2. La Escuela constituyó un elemento esencial del proyecto de la “Casa de Salud Valdecilla”, para el que resultaba imprescindible contar con enfermeras sólidamente formadas y competentes en los cuidados del enfermo y no existían en nuestro país escuelas de estas características.
3. La Escuela tuvo un gran impacto en la formación y disciplina enfermera en España porque imprimía en las alumnas un “sello especial” que certificaba que quien obtenía el título estaba dotada de cualidades que cumplían las mayores expectativas y exigencias.
4. El alumnado ha sido exclusivamente femenino hasta el curso 1976/1977 y mayoritariamente desde entonces; de variada extracción social y procedencia.
5. La elección de la profesión ha estado condicionada por el género. También el género determinó la formación que recibieron y, aunque en las tres últimas décadas, alumnas y alumnas reciben la misma, se mantienen discursos, actitudes y prácticas de género, tanto en el propio colectivo como en la sociedad, que influyen en el desarrollo profesional.
6. La organización de la Escuela se basó en el modelo Nigthingale aunque a los pocos meses de su inicio desaparecerá una de sus características: el protagonismo de las enfermeras en la formación que volverá a recuperarse en las dos últimas décadas.
7. La formación teórica fue escasa en los primeros años aunque durante gran parte de su trayectoria fue siempre superior a lo regulado en España.

8. Las alumnas realizaban largas jornadas de trabajo y aprendían la práctica ensayando e imitando a sus compañeras de los cursos superiores. Se convertían así en hábiles ejecutoras de cuidados y técnicas; capaces de afrontar y resolver problemas, disciplinadas, sumisas, abnegadas, amables y responsables.
9. Formarse en la Escuela ha sido para todo el alumnado una experiencia positiva aunque dura, difícil, sacrificada y exigente. Para las primeras fue un privilegio y son las formadas como Ayudantes Técnicos Sanitarios las que se manifiestan más críticas.
10. A pesar de que no existieron diferencias apreciables en la formación que recibieron Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios se evidencia en las primeras una mayor autoestima e identidad profesional que parece recuperarse en los estudiantes de la Diplomatura.
11. La trayectoria de la formación ha sido la siguiente: se primaron en las Enfermeras las actitudes relacionadas con la disciplina, el esfuerzo y la subordinación, y las habilidades prácticas necesarias para el cuidado de los enfermos y el funcionamiento del hospital. En la titulación de Ayudante Técnico Sanitario se sumaron a las anteriores mayores conocimientos biomédicos y la realización de técnicas progresivamente más complejas que fueron desplazando el resto de los cuidados a los pacientes. En los Diplomados se equilibra la formación teórico/práctica y se reorienta hacia el cuidado integral de las personas en situación de salud y enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

- A.F. (2005, 20 enero). Enfermería homenajea a sus tres primeras alumnas en el cierre de sus 75º aniversario. *El Diario Montañés. Suplemento Universitas*, p. 1.
- Acuerdo temporal de colaboración docente para las enseñanzas clínicas de Enfermería. (1993).
- Alberdi Castell, R. M. (1998). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas Enferm*, II(11), 20-26.
- Alberdi Castell, R. M. (1999). Los conceptos contextuales históricos: Una propuesta de análisis de la evolución de la profesión enfermera desde los orígenes hasta el siglo XIX. *Hiades. Revista De Historia De La Enfermería.*, IV(5-6), 63-73.
- Alberdi Castell, R. M., & Cuixar Ainaud, N. (2005). Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. [jul-dic] *Presencia*, 2(1) Retrieved from <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>
- Alberdi Castell, R. M., & López, C. (2004 oct). Espacio enfermero vs espacio europeo: El difícil puente entre la docencia y la asistencia en la nueva Europa. *Rev Rol Enferm*, 27(10), 72-76.
- Alberdi, I. (1986). La educación de la mujer en España. In C. Borreguero (Ed.), *La mujer española: de la tradición a la modernidad (1960-1980)*. (pp. 71-81). Madrid: Tecnos.
- Alcaide Guindo, P., Alcaide Guindo, P., García Fernández, P., & Alcaide Inchausti, J. (2007). *Evolución de la población española en el siglo XX, por provincias y comunidades autónomas*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Almansa, P. (2004). Enfermería y cine posfranquista. Una versión frívola. *Enferm Global*, 3(4), 1-8. Retrieved from <http://revistas.um.es/eglobal/issue/archive?issuesPage=2#issues>
- Almansa, P. (2005). La formación enfermera desde la sección femenina. *Enferm Global*, 5(7), 1-11.
- Alonso, L. E. (2008). Prólogo. In A. J. Gordo López, & A. Serrano (Eds.), *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. (pp. XI-XIV). Madrid: Pearson Educación.
- Alonso, L. E., & Conde, F. (1994). *Historia del consumo en España: Una aproximación a sus orígenes y primer desarrollo*. Madrid: Debate.

- Álvarez Nebreda, C. (1994). *Administración sanitaria y sistemas de salud*. Madrid: Síntesis.
- Álvarez Nebreda, C. (2002). *Código enfermero español siglo XX: Compendio legislativo*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Álvarez Nebreda, C. (2008). *Catálogo bibliográfico de publicaciones enfermeras (1541-1978)*. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.
- Álvarez Nebreda, C. (2009). Enfermería para nuevas necesidades: Nuevos profesionales, nuevas competencias y nuevos campos de actuación. evolución de las competencias y necesidades de la enfermería en España. *Administración Sanitaria*, 2(7), 185-190.
- Álvarez-Sierra y Manchón, J., & de Murga y Serret, J. (1955). *Historia de la profesión : (enfermera-practicante-matrona): Adaptada al programa de ayudante técnico sanitario : Segundo curso*. Madrid: Murga.
- Amezcuá, M. (2003). 25 años, y un futuro por delante. A propósito de la integración de la enfermería en la universidad española. *Index De Enfermería [Index Enferm] (Edición Digital)*, 12(40-41), 9-10.
- Amezcuá, M., & Gámez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. (1930). Santander: Casa de Salud Valdecilla.
- Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. (1931). Santander: Casa de Salud Valdecilla.
- Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. (1932). Santander: Casa de Salud Valdecilla.
- Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. (1933). Santander: Casa de Salud Valdecilla.
- Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. (1934). Santander: Casa de Salud Valdecilla.
- Anuncio Casa de Salud Valdecilla. Santander. Escuela de Enfermeras (1929, 20 noviembre). *El Diario Montañés*, p. 2.
- Anuncio Casa de Salud Valdecilla. Santander. Escuela de Enfermeras. (1929a, 19 noviembre). *El Diario Montañés*, p. 2.
- Anuncio Casa de Salud Valdecilla. Santander. Escuela de enfermeras. (1929b, 19 noviembre). *El Cantábrico*, p. 2.
- Ayudantes Técnicos Sanitarios: Unificación de las carreras de practicantes, matronas y enfermeras: Segundo curso: Contestaciones ajustadas al programa oficial*. (1966). (2ª ed.). Madrid: Departamento de Publicaciones, Facultad de Medicina de Madrid.
- Ballarín Domingo, P. (2001). *La educación de las Mujeres en la España contemporánea (siglos XIX-XX)*. Madrid: Síntesis.

- Ballester, D. (2009). El nuevo título de Grado en Enfermería y la formación en salud mental. *Presencia*, 5(9) Retrieved from <http://www.index-f.com/presencia/n9/p0154.php>
- Barbero Lago, C., Calvo Salvador, A., & Nespral Gaztelumendi, C. (2005). *Con lugar a dudas: Hilos y raíces del pensamiento crítico*. Santander: Límite.
- Bautista Parejo, E. (1996). Mujer y democracia en España: evolución jurídica y realidad social. *Documentación Social*, oct.-dic.(105), 49-73.
- Berna Salido, A. (1929). *La obra benéfico-docente del Marqués de Valdecilla*. Santander: Asociación Nacional del Magisterio Primario.
- Bernabeu Mestre, J., Gascón Pérez, E. (1999). *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Blasco, I. (2006). Feminismo católico. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. (pp. 53-75). Madrid: Cátedra.
- Borderías, C. (2009). La historia de las mujeres: Perspectivas actuales In C. Borderías (Ed.), *Historia y feminismo*. (pp. 398). Barcelona: Icaria.
- Borderías, C., & Pérez-Fuentes, P. (2009). Mujeres, trabajo y economías familiares en España (siglos XIX y XX). In C. Borderías (Ed.), *La historia de las mujeres: perspectivas actuales* (pp. 269-308). Barcelona: Icaria.
- Borrell, C., García-Calvente, M. M., & Martí-Boscá, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1), 2-6.
- Bourdieu, P., & Jordá, J. (2003). *El oficio de científico: Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
- Bover, A., Gastaldo, D., & Calvo, A. (2003). *La reflexividad en la investigación cualitativa. Un estudio de cuidadores informales de salud en el ámbito domiciliario desde una perspectiva generacional y de género*.
- Box María-Cospedal, A. (1947). *Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras* (2ª ed.). Madrid: Instituto Editorial Reus.
- Burjalés, M. E., Ricomá, R., Maciá, L., & Ballester, D. (2005). Marco europeo, una realidad inminente. Integración de los estudios de enfermería en el espacio europeo de educación superior. *Presencia*, 1(2) Retrieved from <http://www.index-f.com/presencia/n2/20articulo.php>
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev. Esp. Salud Pública [serial on the Internet]*, (5)(76), 473-482. Retrieved from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009&lng=en. doi: 10.1590/S1135-57272002000500009,

- Canals, J. (1992). La imagen femenina de la enfermería: Condicionantes socioculturales de la profesión de cuidar. *Rol Enferm*, (172), 29-33.
- Capel, R. M. (1975). *El sufragio femenino en la 2ª república española*. Granada: Universidad.
- Capel, R. M. (1999). *Mujer y trabajo en el siglo XX*. Madrid: Arco Libros.
- Capel, R. M. (2006). El sagrado derecho de votar. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI* (pp. 77-100). Madrid: Cátedra.
- Castillo Castillo, J. (1987). *Sociedad de consumo a la española*. Madrid: Eudema.
- Castillo, M. (2006). Escritoras y periodistas en los años veinte. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI* (pp. 169-214). Madrid: Cátedra.
- Chamizo Vega, C., Argüelles Barbón, R., Veneranda, M., Campal Robledo, T., & Cotiello Cueria, Y. (2007). 'Nuestra Teresa'. Biografía de María Teresa Junquera Ibrán y la obra de Alejandro Casona 'Nuestra Natacha'. *Temperamentvm*, Año 3(6)
- Chamizo Vega, C., Argüelles Barbón, R., Veneranda, M., Campal Robledo, T., & Cotiello Cueria, Y. (2010). A las personas coraje. *CCPrímula*, (11), 16-20.
- Chaptal, L. (1935). *Morale professionnelle de l'infirmière* (3ª ed.). Paris: A. Poinat.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación*. San Vicente del Raspeig: Universidad de Alicante.
- Concentración de los alumnos de Enfermería para pedir la licenciatura. (2001, 23 octubre). *Alerta*, p. 5.
- Conde, F. (1993). Los métodos extensivos e intensivos en la investigación social de las drogodependencias. *Las drogodependencias: Perspectivas sociológicas actuales*. (pp. 203-230). Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias políticas y Sociología.
- Conde, F. (2008). Los grupos triangulares como "espacios transicionales" para la producción discursiva: Un estudio sobre la vivienda en Huelva. In Á. J. Gordo López, & A. Serrano (Eds.), *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. (pp. 155-188). Madrid: Pearson Educación.
- Conde, F. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería. *Nuevo curso de nivelación para la convalidación del título de ATS por el de Diplomado en Enfermería. Febrero de 2006*. Retrieved jun/16, 2010, from <http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1102684712879&p-agenname=SiteCGE%2FPage%2FTplPageGenerica&p=1098364166973>

Convenio de Colaboración entre la Universidad de Cantabria y el Instituto Nacional de la Salud para la integración como Escuela Universitaria de la Universidad de Cantabria de la Escuela de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla". (1989). Unpublished manuscript.

Cores, M. (2007, 16 marzo). África, como primera experiencia profesional. *El Diario Montañés*, pp. 2-3.

Corrección de erratas del REAL DECRETO 1267/1994, de 10 de junio, por el que se modifica el REAL DECRETO 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos REALES DECRETOS que aprueban las directrices generales propias de los mismos. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/1994/06/14/pdfs/A18537-18538.pdf>

Corrección de erratas del REAL DECRETO 1667/1990, de 20 de diciembre, por el que se rectifica el anexo del REAL DECRETO 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado de Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. 38735. Retrieved from <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1991-1176>

Cubells Blasco, A. (1918). *Manual del practicante: Anatomía, cirugía menor, obstetricia. Obra escrita con arreglo al programa para la carrera de Practicante.* (Nueva ed.). Barcelona: Pubul.

Datos Básicos del Sistema Universitario Español. Curso 2008/2009 In Secretaría General Técnica MEPSYD. Subdirección General de Información y Universidades (Ed.). Madrid: Ministerio de Educación.

Datos y Cifras. Curso escolar 2009-2010. In Secretaría General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones (Ed.). Madrid: Catálogo de publicaciones del Ministerio de Educación.

Del acto de anteayer en la "Casa de Salud Valdecilla". (1930, 11 junio). *El Diario Montañés*, p. 1.

De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: Un asunto crítico en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 21(3), 163-167.

De la Fuente, I. (2006). Escribir la propia historia. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del siglo XXI.* (pp. 299-325). Madrid: Càtedra.

De Murga y Serret, J., Manella Méndez, M. J., de Murga Jiménez, J., & Araujo Múgica, J. J. (1957). *Prácticas de la asistencia a enfermos y parte práctica.* S.l: S.N.

De Murga y Serret, J. (1949). *La enfermera española: Adaptada al programa oficial de las facultades de medicina* (4ª ed.). Madrid: S. N.

De Puelles Benítez, M. (2002). Estado y educación: Una relación histórica. In A. Ruiz Gonzalez (Ed.), *La escuela pública: El papel del estado en la educación.* (pp. 17-48). Madrid: Biblioteca Nueva.

- De Puelles Benítez, M. (2004). *Política y educación en la España contemporánea*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- DECRETO de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. 7723.
- DECRETO de 10 de diciembre de 1953 por el que se regula la organización y funcionamiento de la Fundación benéfica Casa de Salud Valdecilla, de Santander.
- DECRETO de 13 de enero de 1956 sobre Estatutos de la Casa de Salud Valdecilla, 922. Retrieved from <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1956/038/A00922-00924.pdf>
- DECRETO de 24 de abril de 1969 de constitución de la Fundación Pública de Servicios Sociales y Asistenciales Marqués de Valdecilla, 6688. Retrieved from http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1969-38453
- DECRETO 2293/1973, de 17 de agosto, por el que se regulan las Escuelas Universitarias. 18685. Retrieved from http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1973-1343
- Di Febo, G. (2006). La cuna, la cruz y la bandera. Primer franquismo y modelos de género. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. (pp. 217-265). Madrid: Cátedra.
- Di Febo, G., & Juliá Díaz, S. (2005). *El franquismo*. Barcelona: Paidós.
- Díaz Sánchez, P. (2006). Participación social de las mujeres. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. (pp. 349-390). Madrid: Cátedra.
- Díez, E., & Peiró, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl 1), 158-67.
- Domínguez, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- Domínguez, C. (1990). Feminización de las profesiones sanitarias. *Jano*, XXXVIII(909), 69-74.
- Domínguez, C., Rodríguez, J. A., & De Miguel, J. M. (1983). *Sociología y enfermería*. Madrid: Pirámide.
- Donahue, M. P. (1985). *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma.
- Donahue, M. P., Russac, P. A., & Vilagrasa, P. (1988). *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma.
- Dueñas, M. (2005). Género y contenidos en los libros escolares durante el franquismo, 1936-1960. In C. Flecha, M. Núñez & M. Rebollo (Eds.), *Mujeres y educación: Saberes, prácticas y discursos en la historia*. (pp. 285-293). Sevilla: Diputación Provincial.
- Durán, M. A. (1972). *El trabajo de la mujer en España*. Madrid: Tecnos.

- Durán, M. A. (2006). Las fronteras sociales del siglo XXI. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. (pp. 465-493). Madrid: Cátedra.
- E.P. (2007, 27 noviembre). La Escuela de Enfermería acogerá un curso de Cooperación Internacional Sanitaria. *Alerta*, p. 8.
- El Consejo de Universidades aprobará el segundo ciclo de Ciencias de la Salud. (2001, 6 diciembre). *El Diario Montañés*, p. 3.
- En la “Casa de Salud Valdecilla”. Desde ayer prestan servicio las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl. (1930, 10 junio). *El Diario Montañés*, pp. 1-2.
- En la Casa de la Montaña de Bilbao. El Doctor López Albo diserta acerca de la Casa de Salud Valdecilla. (1929, 3 diciembre). *El Cantábrico*, p. 6.
- En la Casa de Salud Valdecilla. La Escuela Práctica de Medicina. (1936, 24 noviembre). *El Cantábrico*, p. 4.
- Enfermería quiere un segundo ciclo. (1999, 9 junio). *El Gallo*, pp. 4-5.
- Entrevista A30*. Unpublished manuscript.
- Entrevista E30*. Unpublished manuscript.
- Entrevista P30*. Unpublished manuscript.
- Escuela de A.T.S. “Marqués de Valdecilla”. *Normas de régimen interior. Curso 1977/78*. Unpublished manuscript.
- Escuela de Enfermeras “Marqués de Valdecilla”. *Normas de régimen interior. Curso 1975/76*. Unpublished manuscript.
- Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”. (1930-2012a). *Libros de Actas de los Exámenes*. Unpublished manuscript.
- Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”. (1930-2012b). *Libros de Registro de Matrícula*. Unpublished manuscript.
- Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”. (1932-1971). *Libro de títulos expedidos*. Unpublished manuscript.
- Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”. (1960). *Reglamento de la Escuela y Servicios de Enfermeras*. Unpublished manuscript.
- Escuela de Enfermeras de la “Casa de Salud Valdecilla”. (1972 -). *Libro de títulos expedidos*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa de Salud Marqués de Valdecilla". (1984-1985). *Libro de Actas de la Junta de Dirección*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa de Salud Marqués de Valdecilla". (1984-1987). *Libro de Actas de las Juntas de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla". *Organización Docente. Curso 2001/02*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla". (1980). *Acta de Constitución del Patronato*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". *Organización Docente 1998/99*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". *Organización Docente. Curso 1996/97*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". *Organización Docente. Curso 1997/98*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". (1990). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". (1991). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". (1992). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". (1993). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". (1994). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". (1995a). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". (1995b). *Reglamento de Régimen Interno*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". (1996). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". (1998). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (1999). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2000). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2001). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2002). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2003). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2004a). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2004b). *Reglamento de Régimen Interno*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2005). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2006). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2007). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2008). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2009). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. (2010). *Actas de la Junta de Escuela*. Unpublished manuscript.

Escuela de Enfermería “Marqués de Valdecilla”. (1984). *Proyecto de Estatutos*. Unpublished manuscript.

Estatutos de la Casa de Salud Valdecilla. (1930).

Estudios de segundo ciclo de Enfermería. (1998, 11 junio). *El Diario Montañés*, p. 6.

Exposición sobre los 75 años de la Escuela de Enfermería. (2004, 11 mayo). *El Diario Montañés*, p. 7.

- Feria, D., León, R., Macías, A. C., Barquero, A., Marquínez, M. A., & Cárdenas, M. D. (2004). Evolución histórica de los cuidados desde el siglo XIX hasta nuestros días. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, (9), 425-451.
- Fernández Gómez, J. (2003). El peonaje femenino en la industria de material eléctrico y electrónico durante el franquismo. *Sociología Del Trabajo*, (47), 43-74.
- Fernández, E. (1998, 11 junio). Enfermería, a por los cinco años de carrera. *Alerta. Suplemento El Campus*, p. 24.
- Fernández, C., Garrido, M., Tomas, M., & Serrano, M. D. (2000). *Enfermería fundamental*. Barcelona: Masson.
- Fernández, M. C., Amat, J., & García, J. J. (2009). Titulación de Grado en Enfermería. *Enfermería Docente*, (90), 14-17.
- Flecha García, C. (1996). *Las primeras universitarias en España: 1872-1910*. Madrid: Narcea.
- Florez, I. (1996a, 20 abril). Información sobre la Universidad a los alumnos de COU y FP. *El Diario Montañés*, p. 8.
- Florez, I. (1996b, 17 octubre). El Reino Unido, destino más solicitado por los alumnos "Erasmus" de la Universidad. *El Diario Montañés. Suplemento Universitas*, p. 49.
- Folguera, P. (2006). Voces del feminismo. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. (pp. 433-463). Madrid: Cátedra.
- Folguera, P., & Cabrera Bosch, M. I. (1988). *El feminismo en España: Dos siglos de historia*. Madrid: Pablo Iglesias.
- Fusi Aizpurúa, J. P. (1995). *Franco, autoritarismo y poder personal*. Madrid: Taurus.
- Galindo Casero, A., Garvi, M., Villa, J. M., & García, S. (2004). Ficha Nº 18: Curso teórico de la Dama Enfermera (1920). *Hiades. Revista De Historia De La Enfermería.*, (9), 89-96.
- Gallego Méndez, M. T. (2006). Mujeres azules en la guerra civil. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. (pp. 151-166). Madrid: Cátedra.
- García de Cortázar, F. (2009). *El franquismo: 1939-1975*. Madrid: Anaya.
- García de León, M. A. (2006). A la sombra de la universidad. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI* (pp. 329-347). Madrid: Cátedra.
- García-Barón, A. (1954). In Asociación de Médicos Ex-Internos de la Casa de Salud Valdecilla (Ed.), *Tres cartas a una Enfermera. Discurso pronunciado por el Director de la Casa de Salud Valdecilla con motivo de la inauguración del curso en la Escuela de Enfermeras*. Santander: Cantabria, S.A.

- German Bes, C. (2009). Apuntes para la Historia de la Enfermería desde Mayo del 68 a la muerte de Franco. Los efectos de la Guerra Civil en la Enfermería en el Tardofranquismo. *Temperamentum*, (10) Retrieved from <http://www.index-f.com/temperamentum/tn10/t709.php>
- German Bes, C., Chamizo, C., Hueso Navarro, F., & Subirón, A. B. (2011). El método biográfico y la compilación de biografías e historias de vida profesionales de la Enfermería española. *Temperamentum*, (13) Retrieved from <http://www.index-f.com/temperamentum/tn13/t1302.php>
- Gispert, R., Torné, M. M., & Barés, M. A. (2006). La efectividad del sistema sanitario en España. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl 1), 117-26.
- Gómez-Ferrer, G. (2006). Introducción. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del siglo XXI*. (pp. 13-27). Madrid: Cátedra.
- González Gil, T. (2009). Flexibilidad y reflexividad en el arte de la Investigación Cualitativa. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)*, 18(2), 121-125. Retrieved from <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/6922.php>
- González, B., Hernández, I., Meneu, R., Urbanos, R. M., & Vázquez, M. L. (2008). Síntesis final y recomendaciones para las políticas. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22 (Supl 1), 244-53.
- Goodrich, A. W. (1932). *The social and ethical significance of nursing: A series of addresses*. New York: The Macmillan Company.
- Gordo López, Á. J., & Serrano, A. (2008). *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Educación.
- Granero, J., Fernández, C., & Aguilera, G. (2010). Evaluación frente a calificación en el nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), una reflexión ético-crítica. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)*, 19(1), 37-41. Retrieved from <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n1/7113.php>
- Grupo triangular GT1*. Unpublished manuscript.
- Grupo triangular GT2*. Unpublished manuscript.
- Grupo triangular GT3*. Unpublished manuscript.
- Hernández Conesa, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Hernandez Martin, F. J., Moreno Roy, M. A., & Pinar Garcia, M. E. (1996). La ilustración: la transición hacia la enfermería contemporánea. In F. J. Hernandez Martin (Ed.), *Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días)*. Madrid: Síntesis.

- Hernandez Martin, F. J., Pinar Garcia, M. E., & Moreno Roy, M. A. (1996/97). Memoria de un centenario: Primera Escuela de Enfermería "Santa Isabel de Hungría". *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, (3-4), 189-195.
- Herrera Rodríguez, F. (1996/ 1997). La enseñanza de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja (1917-1920) (3-4), 197-209.
- Historia de la Fundación Marqués de Valdecilla*. (2011). Retrieved 06/09, 2011, from <http://www.fmdv.org/Es/Paginas/Historia.aspx>
- Historia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. (2010). Retrieved 09/29, 2010, from http://www.humv.es/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=113
- Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión. Técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- Inauguración de la Escuela Práctica de Medicina. El doctor López Albo habla en un importante discurso, de la creación de la Facultad de Medicina. (1936, 24 noviembre). *El Diario Montañés*, p. 6.
- Informe sobre el estado y situación del sistema educativo. Curso 2001-2002* (2003). In Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y Consejo Escolar del Estado. (Ed.), . Madrid: Ministerio de Educación.
- Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea*. (2007). In Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería (Ed.), Retrieved from <http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1184653565503&cachecontrol=immediate&csblobid=Mgj2mH7qWAaU7uLhrJEe9yMZPABPWQOzLxRB9itBetBGOGF-J1u11%21-1118557541%211277207350871&ssbinary=true>
- Izquierdo Rojo, J. M. (1999). El primer director: López Albo. In J. M. Izquierdo (Ed.), *70 años de Valdecilla*. (pp. 49-59). Santander: S.I.
- J.C.F. (2007, 4 febrero). Cumple 100 años la enfermera número 1 de la primera promoción de Valdecilla. *El Diario Montañés*, p. 4.
- Junquera, M. T. (1929, 24 octubre). Florence Nightingale y su gran obra. La historia de la enfermera. *El Diario Montañés. Extra*, p. 15.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- La LXIII Promoción de Enfermería. (1996, 29 junio). *El Diario Montañés*, p. 3.
- La construcción del nuevo Hospital. Importantes datos y antecedentes que ya estaban olvidados por los montañeses. (1926, 2 de febrero). *El pueblo cántabro*, p. 6.
- La Escuela de Enfermería clausura hoy los actos de su 75 aniversario. (2005, 20 enero). *El Diario Montañés*, p. 5.

La Escuela Universitaria celebró el Día de la Enfermería. (1996, 14 mayo). *El Diario Montañés*, p. 3.

La obra del Marqués. (1929, 24 octubre). *El Diario Montañés*, p. 7.

La prensa bilbaína y la “Casa de Salud Valdecilla”. (1929, 29 octubre). *El Diario Montañés*, p. 1.

Las mujeres en cifras 1983-2008, In Instituto de la Mujer (Ed.), (Cyan, Proyectos y Producciones Editoriales, S.A. ed.) Retrieved from http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/publicaciones/docs/Mujeres%20en%20cifras%201983_2008.pdf

La última promoción del milenio. (1999, 21 junio). *Valdecilla Noticias*, p. 8.

L.F. (1996, 17 octubre). Celia Nespral se muestra escéptica ante la reforma de los estudios de Enfermería. *El Diario Montañés. Suplemento Universitas*, p. 49.

LEY de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional.

LEY 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, 12525. Retrieved from <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1970-852>

LEY 14/1975, de 2 de mayo, sobre reforma de determinados artículos del Código Civil y del Código de Comercio sobre la situación jurídica de la mujer casada y los derechos y deberes de los cónyuges. 9413. Retrieved from <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1975-9245>

LEY 14/ 1986, de 25 de abril, General de Sanidad. 15207. Retrieved from <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>

LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. 20567.

LEY ORGÁNICA 11/1983, de 25 de agosto, de reforma universitaria.

LEY ORGÁNICA 6/2001, de 21 de diciembre de Universidades. 49400. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2001/12/24/pdfs/A49400-49425.pdf>

LEY ORGÁNICA 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, 17158. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf>

LEY ORGÁNICA 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, 16241. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2007/04/13/pdfs/A16241-16260.pdf>

Libro blanco. título de grado de enfermería. (2005). In Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (Ed.), Retrieved from http://www.aneca.es/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf

M.A.S. (1997, 13 mayo). La salud de los jóvenes, lema del Día Internacional de la Enfermería. *El Diario Montañés*, p. 10.

- Manrique, R. *Consejos para una revolución*. Unpublished manuscript.
- Marinas, M. (2011). Narrativas orales. *Trama & Fondo. Revista De Cultura*, (30), 29-42.
- Martín Moreno, J. M., Alfonso Sánchez, J. L., González Enríquez, J., & Gorgojo Jiménez, L. (2008). Sistema Sanitario Español. In G. Piédrola Gil (Ed.), *Medicina Preventiva y Salud Pública* (11ª ed., pp. 1252-1256). Barcelona: Elsevier Masson.
- Maturana Romesín, H. (1993). *La objetividad. Un argumento para obligar* (2ª ed.). Chile: Comunicaciones Noroeste LTDA.
- Mayán, M. D., & Puyó, S. (2008). La historia de la Escuela de Enfermeras de Santa Madrona a través de la fotografía: 1917-1936. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, 10(1), 569-562.
- Medina, J. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y práctica en la formación universitaria de Enfermería*. Barcelona: Alerta.
- Memoria para la solicitud de verificación de títulos oficiales. Propuesta de título de Grado en Enfermería*. Unpublished manuscript.
- Miró Bonet, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)*. Universitat de les Illes Balears. Departament d'Infermeria i Fisioteràpia). Retrieved from <http://www.tdx.cat/handle/10803/9440>
- Miró Bonet, M., & Gallego Caminero, G. (2006). El discurso feminista en la construcción de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). In E. Bosch, V. A. Ferrer & C. Navarro Guzmán (Eds.), *Los feminismos como herramientas de cambio social*. (pp. 247-261). España: Universitat de les Illes Balears.
- Molero Pintado, A. (2000). *La institución libre de enseñanza. un proyecto de reforma pedagógica*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Mompart, M. P. (2004). Rebelión en las aulas. *Rev Rol Enferm*, 27(10), 7-16.
- Mompart, M. P. (2004 oct). La problemática del conocimiento enfermero. *Educare21*, 2(11) Retrieved from <http://enfermeria21.com/publicaciones/educare/>
- Mones y Pujol Busquets, J. (2006). *La educación en el siglo XX*. Barcelona: Wolters Kluwer España.
- Moradiellos, E. (2000). *La España de Franco (1939-1975). Política y sociedad*. Madrid: Síntesis.
- Morán, L., González, S., Espinosa, A., Sotomayor, S., León, Z., & Esquivel, I. (2008). El razonamiento clínico. una aproximación conceptual como base para la enseñanza de la enfermería. *Desarrollo Científ Enferm -Méx-*, 16(10), 446-451.
- Muere en un accidente de tráfico en Benín una profesora asociada de la UC. (2007, 3 mayo). *El Diario Montañés*, p. 7.

- Mujeres y hombres en España 2009*. In Instituto Nacional de Estadística (Ed.), Madrid: Retrieved from <http://www.ine.es/infoine>
- Muñoz Ruíz, M. C. (2006). Modelos femeninos en la prensa para mujeres. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. (pp. 277-297). Madrid: Cátedra.
- Mut, A. (1917). *La enfermera: Resumen de los conocimientos más imprescindibles para la buena asistencia de los enfermos* (2ª ed.). Madrid: Hijos de Reus.
- Nash, M. (2006). Republicanas en la Guerra Civil: el compromiso antifascista. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del siglo XXI* (pp. 123-150). Madrid: Cátedra.
- Navarro, V., & Quiroga, A. (2004). Políticas de estado de bienestar para la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl 1), 147-57.
- Nespral, C. *Acto Académico de Clausura del 75 aniversario de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla". Enero 2005*. Santander:
- Nespral, C. (1997). E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla". Cantabria. *Rev Rol Enferm*, (229), 33-35.
- Nespral, C. (1998, 14 mayo). La Escuela de Enfermería. *El Diario Montañés*, p. 4.
- Nespral, C. (2004). La Escuela Universitaria de Enfermería. *Valdecilla conciencia apasionante* (pp. 53-87). Santander: Sociedad de Artes Gráficas J. Martínez.
- Nespral, C. (2005). La Escuela de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla". 75 años de historia. *Revista del Colegio de Enfermería de Cantabria Nuberos*, 9(36), 8-11.
- Nightingale, F. (1990). *Notas sobre enfermería : Qué es y qué no es*. Barcelona: Salvat.
- Nuevo programa de estudios en la Escuela de Enfermería. (1999, 3 junio). *El Diario Montañés. Suplemento Universitas*, p. 2.
- Observatorio europeo de sistemas y políticas sanitarias. (2008). Retrieved 05/15, 2010, from <http://www.euro.who.int/observatory>
- ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero, 31680. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>;
- ORDEN conjunta del Ministerio de Educación Nacional y de la Secretaría General del Movimiento de 7 de julio de 1955 por la que se regulan las Enseñanzas de Hogar, Formación Política y Educación Física de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos.
- ORDEN de 21 de mayo de 1941 sobre condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera. 3811.

ORDEN de 9 de julio de 1946 por la que se organiza el "Instituto Médico Valdecilla" como Escuela de Especialización Médica dependiente de la Universidad de Valladolid.

ORDEN del 4 de agosto de 1953 sobre el funcionamiento de las Escuelas de Enfermería.

ORDEN de 24 de abril de 1954 por la que se ratifica la ORDEN de creación de la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander.

ORDEN de 4 de julio de 1955 por la que se dictan normas para la nueva organización de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

ORDEN de 5 de julio de 1955 por la que se aprueba el programa de las enseñanzas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

ORDEN de 11 de julio de 1955, por la que se denominan Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos a las actuales Escuelas de Enfermeras.

ORDEN de 7 de julio de 1956, complementaria de los programas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

ORDEN de 5 de octubre de 1956 regulando el acceso del alumnado a la carrera de Ayudante Técnico Sanitario.

ORDEN de 24 de marzo de 1958 haciendo equivalentes los títulos de Practicante y Ayudante Técnico Sanitario.

ORDEN de 2 de febrero de 1973 por la que se adscribe a la Facultad de Medicina de la Universidad de Santander la Escuela Femenina de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander, con las especialidades de Asistencia Obstétrica, Fisioterapia y la de Radiología y Electrología. 4477.

ORDEN de 26 de abril de 1976 por la que se autoriza el funcionamiento provisional, a partir del curso académico 1976-77, de una sección masculina en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la "Casa de Salud Valdecilla", de Santander, y teniendo en cuenta las circunstancias especiales que concurren en el caso.

ORDEN de 15 de octubre de 1976, por la que se crea una Sección independiente, rama masculina, en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la "Casa de Salud Valdecilla", de Santander. 24912. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/1976/12/14/pdfs/A24912-24913.pdf>

ORDEN de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. 25987. Retrieved from <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-28232>

ORDEN de 29 de agosto de 1990 por la que se aprueba el concierto entre la Universidad de Cantabria y el Instituto Nacional de la Salud. 22050. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/1990/09/03/pdfs/A25861-25866.pdf>

- Ortego Maté, M. C. (2002a). De ATS a diplomada de enfermería. *Rev Rol Enferm*, 25(9), 16-21.
- Ortego Maté, M. C. (2002b). De practicantes a ATS: 1857-1953. *Rev Rol Enferm*, 25(12), 8-14.
- Ortí Benlloch, A. (1998). *Reflexividad y sujeto: Homenaje a Jesús Ibáñez*. Santander: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria.
- P.L.N. (1999, 29 abril). Los directores de Escuelas de Enfermería aprueban directrices para un segundo ciclo de formación. *Alerta*, p. 2.
- Palomino, P. A., Frías, A., Grande, M. L., Hernández, M. L., & Del Pino, R. (2005). El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)*, (48-49), 50-53. Retrieved from http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49revista/48-49_articulo_50-53.php
- Parentini, M. R. (2002). *Historia de la Enfermería*. Uruguay: Trilce.
- Parrilla, J., & García, C. (2004). Análisis de la Enfermería en España desde finales del siglo XIX hasta su integración en la Universidad *Hiades*. *Revista de Historia de la Enfermería*, (9), 407-424.
- Pastor, M. I. (1984). *La educación femenina en la postguerra (1939-1945). El caso de Mallorca*. Madrid: Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer.
- Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla". (1928-1933). *Libro de Actas del Consejo*. Unpublished manuscript.
- Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla". (1934-1951). *Libro de Actas del Consejo*. Unpublished manuscript.
- Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla". (1953-1960). *Libro de Actas del Consejo*. Unpublished manuscript.
- Patronato de la Fundación "Casa de Salud Valdecilla". (1960-1968). *Libro de Actas del Consejo*. Unpublished manuscript.
- Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla". (1988-1990). *Libro de Actas del Consejo*. Unpublished manuscript.
- Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla. (1969-1974). *Libro de Actas del Consejo*. Unpublished manuscript.
- Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla. (1974-1978). *Libro de Actas del Consejo*. Unpublished manuscript.
- Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla. (1978-1988). *Libro de Actas del Consejo*. Unpublished manuscript.

- Payne, S. G. (2008). *España: Una historia única: El hispanista más prestigioso hace una nueva lectura de nuestro pasado*. Madrid: Temas de Hoy.
- Payne, S. G., Mateos, A., & Soto Carmona, A. (2005). *El franquismo*. Madrid: Arlanza.
- Pérez-Fuentes, P. (2003). *"Ganadores de pan" y "amas de casa": Otra mirada sobre la industrialización vasca*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Pérez-Serrano, M. (1999). La transición con nombres de mujer. In Dirección General de la Mujer (Ed.), *1898- 1998. Un siglo avanzando hacia la igualdad de las mujeres* (pp. 251-275). Madrid: Dirección General de la Mujer.
- Pérez-Serrano, M. (2006). Mujeres en la política de la transición. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI* (pp. 367-390). Madrid: Cátedra.
- Pulido Mendoza, R., Hernández Conesa, J. M., & Beneit Montesinos, J. V. (2011). La formación de las enfermeras de la Cruz Roja Española. Murcia: DM.
- Preston, P. (2006). *La guerra civil española*. Barcelona: Debate.
- Preston, P. (2011). *El holocausto español: Odio y exterminio en la guerra civil y después*. Barcelona: Debate.
- Programa de 6 de julio de 1941, del Ministerio de Educación Nacional, sobre los programas oficiales y ejercicios de estudiantes de Enfermería.
- R.M.R. (1999, 29 abril). Titulación superior para Enfermería. *El Diario Montañés*, P.6.
- Ramio, A., & Domínguez, C. (2003). Valores y redefinición de espacios profesionales. reflexión en el caso de enfermería. *Rev Rol Enferm*, 26(6), 70-74.
- Ramos, M. D. (2002). Introducción. In R. Illion (Ed.), *Mujer, política y sindicalismo. Zaragoza, 1931-36*. (pp. 10). Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- Ramos, M. D. (2006). Radicalismo político, feminismo y modernización. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. (pp. 31-53). Madrid: Cátedra.
- REAL DECRETO 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de la Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. 18716. Retrieved from <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-20006>
- REAL DECRETO 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. 1760. Retrieved from <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1980-1660>

- REAL DECRETO 648/1980, de 14 de marzo, por el que se aprueba la conversión de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la “Casa de Salud Valdecilla”, de Santander, en Escuela Universitaria de Enfermería, quedando adscrita a la Universidad de Santander. 7594. Retrieved from http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1980-7358
- REAL DECRETO 1246/1985, de 29 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos de la Universidad de Cantabria. 23782. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/1985/07/27/pdfs/A23782-23803.pdf>
- REAL DECRETO 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias. 27235. Retrieved from http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-20584
- REAL DECRETO 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen Directrices Generales comunes de los Planes de Estudios de los Títulos Universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.
- REAL DECRETO 644/1988, de 3 de junio, por el que se modifica parcialmente el REAL DECRETO 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias. 19925. Retrieved from http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1988-15948
- REAL DECRETO 1025/1989, de 28 de julio, por el que se crean Centros y se autorizan enseñanzas en las Universidades de Cantabria, Castilla-La Mancha, Islas Baleares, León, Autónoma de Madrid, Murcia, Oviedo, Salamanca, Valladolid y Zaragoza. 25777.
- REAL DECRETO 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los Planes de Estudios conducentes a la obtención de aquél. 34410. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/1990/11/20/pdfs/A34410-34411.pdf>
- REAL DECRETO 1667/1990, de 20 de diciembre, por el que se rectifica el anexo del REAL DECRETO 1466/1990 de 26 de octubre, por el que se establecen las directrices generales propias de los Planes de Estudios. 31251.
- REAL DECRETO 1652/1991, de 11 de octubre, por el que se modifica parcialmente el REAL DECRETO 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias. 37702. Retrieved from http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1991-28106
- REAL DECRETO 1267/1994, de 10 de junio, por el que se modifica el REAL DECRETO 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos REALES DECRETOS que aprueban las directrices generales propias de los mismos. 18413. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/1994/06/11/pdfs/A18413-18420.pdf>
- REAL DECRETO 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. 2842. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02842-02846.pdf>

- REAL DECRETO 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. 2846. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02846-02851.pdf>
- REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. 32650. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>
- REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. 44037. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/30/pdfs/A44037-44048.pdf>
- REAL ORDEN del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, de 7 de mayo de 1915, aprobando el Programa para la enseñanza de la profesión de Enfermera. 484.
- REAL ORDEN de 10 de abril de 1928 de constitución de la Fundación Casa de Salud Valdecilla.
- REAL ORDEN núm. 427 del Ministerio de la Gobernación de 19 de abril de 1930, por la que se crea el diploma de "Auxiliar sanitario" y se dicta el Programa al que han de sujetarse los cursos para la obtención del Diploma de Auxiliar sanitario. 491.
- Registro de Universidades, Centros y Títulos* (2010). Retrieved 22/06, 2010, from <https://www.educacion.es/ruct/home.do>
- Repullo, J. R., & Freire, J. M. (2008). Gobernabilidad del sistema nacional de salud: Mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22 (Supl 1), 118-25.
- RESOLUCIÓN de 10 de septiembre de 1996, de la Universidad de Cantabria por la que se ordena la publicación del Plan de Estudios de Diplomado en Enfermería a impartir en la Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla" de esta Universidad.
- RESOLUCIÓN de 7 de junio de 1999, de la Universidad de Cantabria, por la que se hace público el plan de estudios conducente al título de Diplomado en Enfermería de esta Universidad. 24188 (1999). Retrieved from http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1999-13956
- RESOLUCIÓN de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería. 11605. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/27/pdfs/A11605-11605.pdf>
- Rey, J. (1961). *Moral profesional del Ayudante Técnico Sanitario: Tercer curso* (2ª ed.). Santander: Sal Terrae.
- Rey, J. (1963). *Moral profesional del Ayudante Técnico Sanitario: Primer curso* (3ª ed.). Santander: Sal Terrae.

- Rey, J. (1965). *Moral profesional del Ayudante Técnico Sanitario: Segundo curso* (3ª ed.). Santander: Sal Terrae.
- Rico-Avelló y Rico, C. (1962). *Escuelas y formación de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos*. Madrid: S.N.
- Rodríguez de Lecea, T. (2006). Las mujeres y la iglesia. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. (pp. 267-275). Madrid: Cátedra.
- Rojo Puente, J. C. (2008a, 17 junio). Alumnos que simulan la realidad. Europa transforma Enfermería. *El Diario Montañés. Suplemento Universitas*, pp. 1-5.
- Rojo Puente, J. C. (2008b, 17 junio). Con el nuevo plan de estudios trataremos de satisfacer la gran demanda. *El Diario Montañés. Suplemento Universitas*, p. 2.
- Rubín García, J. M., & Maestre Sánchez, A. (1999). Perspectiva histórica general. In J. M. Izquierdo (Ed.), *70 años de Valdecilla*. (pp. 19-44). Santander: S.I.
- Ruiz de Azúa, E. (2000). Un primer balance de la educación en España en el siglo XX. *Cuadernos De Historia Contemporánea*, (22), 159-182.
- Ruiz Franco, R. (2007). *¿Eternas menores?: Las mujeres en el franquismo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ruiz, R. (2005, 19 diciembre). Comer en el campus como en casa. *El Diario Montañés*, p. 5.
- Ruiz, R. M. (1999, 14 octubre). Los alumnos de Enfermería realizarán más prácticas durante la carrera. Este año se inicia un plan de estudios con más horas lectivas. *El Diario Montañés. Suplemento Universitas*, p. 3.
- Ruiz, R. M. (2000a, 23 marzo). Diplomados en salud. *El Diario Montañés. Suplemento Universitas*, pp. 1-3.
- Ruiz, R. M. (2000b, 9 noviembre). Medicina y Enfermería las más deseadas. *El Diario Montañés. Suplemento Universitas*, p. 3.
- Ruiz, R. M. (2001, 25 octubre). Enfermería sale a la calle para pedir una licenciatura. *El Diario Montañés. Suplemento Universitas*, p. 3.
- Ruiz, R. M. (2004, 30 septiembre). Medicina y Enfermería, un año más, las carreras con mayor demanda. *El Diario Montañés*, p. 4.
- Ruiz-Jiménez, J. L. (2000). El sistema sanitario español. In A. Sánchez Moreno (Ed.), *Enfermería Comunitaria 3* (pp. 35-56). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Saldaña, D., & Cortés, D. (2006). ¡Pintoras, recread el mundo! In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI* (pp. 191-214). Madrid: Cátedra.

- Salmón Muñiz, F. (2004). El origen de la Casa de Salud Valdecilla. *Valdecilla 75 años. 1929-2004* (pp. 14-49). Santander: Cantabria en Imagen.
- Salmón Muñiz, F., & García Ballester, L. (1986). *Wenceslao López Albo y los orígenes de la Casa de Salud Valdecilla (1928-1930): filantropía y medicina en la España contemporánea*. Santander: S.N.
- Salmón Muñiz, F., García Ballester, L., & Arrizabalaga, J. (1990). *La Casa de Salud Valdecilla: Origen y antecedentes: La introducción del hospital contemporáneo en España*. Santander: Universidad de Cantabria: Asamblea Regional de Cantabria.
- Salmón Muñiz, F., García Ballester, L., & Arrizabalaga, J. (1991). *La Casa de Salud Valdecilla: Origen y antecedentes: La introducción del hospital contemporáneo en España* (2ª ed.). Santander: Universidad de Cantabria: Asamblea Regional de Cantabria.
- Sánchez Bayle, M. (1996a). Alternativas para la mejora y defensa de la Sanidad Pública. In M. Sánchez Bayle (Ed.). *El Sistema Sanitario en España. Evolución, situación actual, problemas y perspectivas*. (pp. 147-158). Madrid: Los libros de la Catarata.
- Sánchez Bayle, M. (1996b). Evolución del Sistema Sanitario en España. In M. Sánchez Bayle (Ed.), *El Sistema Sanitario en España. Evolución, situación actual, problemas y perspectivas*. (pp. 49-54). Madrid: Los libros de la Catarata.
- Sánchez Granjel, L. (1993). In Seminario de Historia de la Medicina Vasca (Ed.), *Diccionario histórico de médicos vascos*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Santamarina, C. *Conflictos de géneros y construcciones discursivas*. Unpublished manuscript.
- Santamarina, C. (2000). Nuevos conflictos de las mujeres en la sociedad de consumo: cuatro perspectivas sobre la construcción de la identidad femenina en la España de final del siglo. Retrieved from <https://www.micinn.es/teseo/mostrarRef.do?ref=245829>
- Sarasúa, C., & Molinero, C. (2009). Trabajo y niveles de vida en el Franquismo. Un estado de la cuestión desde una perspectiva de género. In C. Borderías (Ed.), *La historia de las mujeres: perspectivas actuales* (pp. 309-354). Barcelona: Icaria.
- Schroeder, Y. (1959). *L'enseignement superieur des soins infirmiers: Principes d'administration dans leur application aux programmes d'etudes supérieures des soins infirmiers*. Londres: Conseil International des Infirmières.
- Schutz, A., & Brodersen, A. (2003). *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Segunda convocatoria de ayudas para el diseño de planes y títulos de grado. proyecto de la titulación de enfermería* (2004). Retrieved from http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- Sellán Soto, M. C. (2010). *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería española contemporánea*. Madrid: Fuden.

- Sesenta y ocho estudiantes de Enfermería se gradúan en la Universidad de Cantabria. (2007, 15 junio). *El Diario Montañés*, pp. 2-3.
- 71 promociones se han formado en la Escuela de Enfermeras de Valdecilla que cumple 75 años. (2004, 10 abril). *Valdecilla*, p. 14.
- Siete estudiantes de Enfermería de la Universidad harán sus prácticas en Benin. (2007, 16 marzo). *Alerta*, p. 12.
- Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguaclara.
- Sobrido Prieto, N., González Guitián, C., & Pichel Guerrero, M. J. (2008). Las damas de la Cruz Roja y Enfermeras Voluntaria de la Cruz Roja de la Coruña. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, (10), 741-750.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (2ª ed.). Bogotá: CONTUS-Editorial Universidad de Antioquía.
- Tavera García, S. (2006). Mujeres en el discurso franquista hasta los años sesenta. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. (pp. 239-265). Madrid: Catedra.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Teixidor, M. (1997). Los espacios de profesionalización de la enfermería. *Enferm Clínica*, (3), 122-136.
- Teixidor, M. (2002). El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales. *Rev Rol Enferm*, 25(5), 328-330.
- Tollar, M. (1996, mayo 1996). Otro año más en el mismo plan. Nuevas titulaciones de FP interfieren en el campo de los diplomados en Enfermería. *El Diario Montañés. Suplemento Universitas*, p. 2.
- Toma de posesión de dos directoras de la Universidad. (2000, 10 marzo). *El Diario Montañés*, p. 13.
- Toma de posesión de la directora de la Escuela de Enfermería. (2008, 4 junio). *El Diario Montañés*, p. 3.
- Toma posesión la directora de enfermería y los responsables de dos departamentos. (2004, 3 julio). *El Diario Montañés*, p. 4.
- Tomas de posesión. (1996, 3 marzo). *El Diario Montañés*, p. 4.
- Tusell Gómez, J., & Fusi Aizpurúa, J. P. (2007). *La transición a la democracia: (España, 1975-1982)*. Pozuelo de Alarcón, Madrid: Espasa.
- Tusell, J. (2007a). *Historia de España en el siglo XX. Del 98 a la proclamación de la república*. Madrid: Taurus.

- Tusell, J. (2007b). *Historia de España en el siglo XX. La crisis de los años treinta: República y guerra civil*. Madrid: Taurus.
- Tusell, J. (2007c). *Historia de España en el siglo XX. La dictadura de Franco*. Madrid: Taurus.
- Una gran obra universitaria. La Casa de Salud Valdecilla, de Santander. (1929, 17 octubre). *El Cantábrico*, p. 1.
- Una gran obra universitaria. La Casa de Salud Valdecilla, de Santander. II y último. (1929, 18 octubre). *El Cantábrico*, p. 1.
- Una licenciatura independiente. (1999, 6 mayo). *Universidad Noticias*, pp. 4-5.
- Uribe, T. M., & Jaramillo, D. E. (2002). La condición femenina: Influencia en el desarrollo de la enfermería y en el desarrollo humano de las (los) profesionales. *Rev Investigacion y Educacion En Enfermería*., 2(XX), 132-139.
- Usandizaga, M. (1929, 24 octubre). La enfermera y su campo de acción. *El Diario Montañés*, p. 15.
- Usandizaga, M. (1931a, 20 septiembre). Los colaboradores sanitarios. La mujer como enfermera (I). *El Sol*, p. 6.
- Usandizaga, M. (1931b, 27 septiembre). Los colaboradores sanitarios. La mujer como enfermera (II). *El Sol*, p. 4.
- Usandizaga, M. (1931c, 4 octubre). Los colaboradores sanitarios. La mujer como enfermera (III). *El Sol*, p. 6.
- Usandizaga, M. (1944). *Casa de Salud Valdecilla. Escuela de Enfermeras*. Santander: Aldus, S.A. de Artes Gráficas.
- Usandizaga, M. (1934). *Manual de la Enfermera* (1ª ed.). San Sebastián: Librería Internacional.
- Usandizaga, M. (1938). *Manual de la Enfermera* (2ª ed.). San Sebastián: Librería Internacional.
- Usandizaga, M. (1940). *Manual de la Enfermera* (3ª ed.). San Sebastián: Librería Internacional.
- Usandizaga, M. (1943). *Manual de la Enfermera* (4ª ed.). San Sebastián: Editora Internacional.
- Usandizaga, M. (1950). *Manual de la Enfermera* (5ª ed.). Madrid: Mayfe.
- Usandizaga, M. (1952). *Manual de la Enfermera* (6ª ed.). Madrid: Mayfe.
- Usandizaga, M. (1958). *Manual de la Enfermera y del Practicante* (7ª ed.). Madrid: Mayfe.
- Usandizaga, M. (1964). *Manual de la Enfermera y del Practicante* (8ª ed.). Madrid: Mayfe.
- Usandizaga, M. (1970). *Manual de la Enfermera y del Practicante* (9ª ed.). Santander: Aldus Velarde.

- Valcárcel, A. (2006). Treinta años de feminismo en España. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. (pp. 415-432). Madrid: Cátedra.
- Valdeón Barunque, J., Pérez, J., & Juliá Díaz, S. (2006). *Historia de España*. Madrid: Espasa Calpe.
- Valiente, C. (1997). *Políticas públicas de género en perspectiva comparada: la mujer trabajadora en Italia y España (1900-1996)*. Madrid: Universidad Autónoma.
- Valle Racero, J. L. (2003). Vocación, aspectos humanitarios y caracterización de la enfermera en tres manuales de formación a inicio de los años cuarenta. [Abstract]. *Actas Del Congreso VI Congreso Nacional y I Internacional De Historia De La Enfermería.*, 211-219.
- Valls, R. (2007). La formación de enfermeras en las primeras escuelas oficiales de Cataluña. *Temperamentum*, 3((6)) Retrieved from <http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/t1707.php>
- Varela, F. (1990). Historia de la reflexividad. *Anthropos.Suplementos*, 5(22), 56-61.
- Vázquez de Quevedo, F. (2005). *Instituto de Terapéutica Operatoria (1880-1939). Instituto Rubio y Galí. Instituto Moncloa. Contribución a las especialidades médicas y enfermería en España*. Santander: Academia de Medicina de Cantabria.
- Ventosa Esquinaldo, F. (1984). *Historia de la enfermería española*. Madrid: Ciencia 3.
- Viñao, A. (2004). *Escuela para todos. Educación y modernidad en la España del siglo XX*. Madrid: Marcial Pons Historia.
- Yusta, M. (2006). La Segunda República: significado para las mujeres. In I. Morant (Ed.), *Historia de las Mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del siglo XXI*. (pp. 101-122). Madrid: Cátedra.
- Zabala, J. (1988). Presente y futuro de la enfermería docente en Cantabria *Rev Enfermería En Cantabria*, IV(40), 5-9.
- Zapico, F., & Adrián, J. (2008). ¿Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, (10), 805-825.
- Zichi Cohen, M., & Omery A. (2003). Escuelas de Fenomenología: implicaciones para la investigación. In J. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. (pp. 160-182). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía.

APÉNDICES



APÉNDICE I

ACRÓNIMOS

- ACM: Acción Católica de la Mujer
- AMA: Agrupación de Mujeres Antifascistas
- ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
- ATS: Ayudante Técnico Sanitario
- CCOO: Comisiones Obreras
- CE: Comunidad Europea
- CEDA: Confederación Española de Derechas Autónomas
- CEE: Comunidad Económica Europea
- CNDEEE: Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería Estatales
CNT: Confederación Nacional del Trabajo
- COU: Curso de Orientación Universitaria
- CSIC: Centro Superior de Investigaciones Científicas
- CSV: “Casa de Salud Valdecilla”
- DUE: Diplomado Universitario en Enfermería
- ECTS: Sistema Europeo de Transferencia de Créditos
- EE: Escuela de Enfermería de la “Casa de Salud Valdecilla”
- EEES: Espacio Europeo de Educación Superior
- ETA: Euzkadi Ta Askatasuna
- EUE: Escuelas Universitarias de Enfermería
- FAO: Food and Agriculture Organization
- FET y de las JONS: Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista
- FRAP: Frente Revolucionario Antifascista y Patriótico
- GRAPO: Grupos Revolucionarios Antifascistas Primero de Octubre
- ILE: Institución Libre de Enseñanza
- INP: Instituto Nacional de Previsión

- INSALUD: Instituto Nacional de la Salud
- INSERSO: Instituto Nacional de Servicios Sociales
- INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social
- JAE: Junta para la Ampliación de Estudios
- LGS: Ley General de Sanidad
- LOCE: Ley Orgánica de Calidad de la Educación
- LODE: Ley del Derecho a la Educación
- LOGSE: Ley de Ordenación General del Sistema Educativo
- LOU: Ley Orgánica de Universidades
- LOPEG: Ley de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los Centros Docentes
- LRU: Ley de Reforma Universitaria
- OIT: Organización Internacional del Trabajo
- OJE: Organización Juvenil Española
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONU: Organización de Naciones Unidas
- OSE: Organización Sindical Española
- OTAN: Organización del Tratado del Atlántico Norte
- P: Prácticos o Clínicos
- PCE: Partido Comunista
- PCOE: Partido Comunista Obrero Español
- PNV: Partido Nacionalista Vasco
- POUM: Partido Obrero de Unificación Marxista
- PP: Partido Popular
- PSI: Partido Socialista del Interior
- PSOE: Partido Socialista Obrero Español
- RRI: Reglamento de Régimen Interno
- SEU: Sindicato Español Universitario
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- SOE: Seguro Obligatorio de Enfermedad

-
- SS: Seguridad Social
 - STV: Solidaridad de Trabajadores Vascos
 - T: Teóricos
 - TP: Teórico-Prácticos
 - UCD: Unión de Centro Democrático
 - UGT: Unión General de Trabajadores
 - UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
 - USO: Unión Sindical Obrera
 - UPDE: Unión del Pueblo Español

APÉNDICE II

CONTENIDOS INICIALES DE LAS ENTREVISTAS

TEMAS	SUBTEMAS
Recuerdos de la época	La educación La familia El contexto social
La convocatoria de plazas	Requisitos de admisión Motivación
La Escuela	La organización y disciplina Las prácticas Las clases Los exámenes Las relaciones
La “Casa de Salud Valdecilla”	El funcionamiento Las enfermeras Las monjas El resto de personal
La trayectoria profesional	
La Enfermería actual	
La trayectoria personal	

APÉNDICE III

CATEGORIZACIÓN

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1. El contexto social	Actitudes y valores Posición de las mujeres
2. El acceso a la Escuela	Motivación/vocación Requisitos de admisión Recomendaciones
3. La Escuela	Organización Disciplina Uniformidad Internado Relaciones
4. La formación	Clases Prácticas Exámenes Aprendizaje
5. El hospital	Organización Relaciones Recursos
6. La profesión	Contenidos Consideración social Motivación Desarrollo profesional
7. La influencia del género en la profesión	Percepción social Competencias Roles Desarrollo profesional

